

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**29ª Entrega. Marzo 2007**

# INDICE

Articulo	Pag.
Revisión sistemática cualitativa del tratamiento médico de la obstrucción intestinal maligna inoperable.	1
Escalera analgésica de la OMS para el control del dolor oncológico, veinte años de uso. ¿Cuánto alivio del dolor podemos conseguir con su uso?	1
Necesidades de cuidados percibidas por pacientes afectos de tumores cerebrales y sus cuidadores.	2
Actitud de los oncólogos médicos frente a los Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado e incurable.	2
Gabapentina y dolor postoperatorio. Revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados.	3
Calidad para medir parámetros cognitivos y utilidad clínica de tres instrumentos de medición del dolor en pacientes ancianos con demencia.	3
Tramadol, fentanilo y sufentanilo pero no morfina bloquean los canales de sodio voltage dependientes.	4
Dolor en adultos mayores: estudio de prevalencia en Catalunya.	4
Principales desafíos y caminos para avanzar en la investigación en la etapa terminal: estudio cualitativo con entrevistas y grupos de discusión.	5
Empleo de una estrategia de comunicación y de un manual sobre el duelo con los familiares de los pacientes que fallecen en la UVI.	5
Preparar las prestaciones para los enfermos que tienen cercano el fallecimiento.	6
Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad.	6
Radiología intervencionista en Cuidados Paliativos.	7
Lamotrigina en el tratamiento del dolor en la neuropatía diabética: resultados de dos estudios randomizados, a doble ciego y controlados por placebo.	7
Percepción de los oncólogos sobre el tratamiento del dolor en España: De lo real a lo ideal.	8
Aprepitant. El papel de la sustancia p en las náuseas y vómitos.	8
Ética de la sedación paliativa como terapia de último recurso.	9
Nutrición enteral y parenteral in pacientes con cáncer terminal: revisión de la literatura.	10
Tratamiento sintomático de la disnea con opioides mayores, y su efecto sobre la ventilación en pacientes en situación terminal.	10
Relación entre disnea y satisfacción en cuanto a calidad de vida del paciente con cáncer avanzado.	11

Artículo	Pag.
Radioterapia para el glioblastoma en el anciano.	11
Diseño de una escala de evaluación del dolor para pacientes con deterioro cognitivo.	12

**Revisión sistemática cualitativa del tratamiento médico de la obstrucción intestinal maligna inoperable.**

*Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. J Pain Symptom Manage 2007; 33: 217-23.*

La incidencia de la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer avanzado se sitúa entre el 3% y el 15%. En este estudio se analizan los datos de estudios comparativos con distribución aleatoria referidos a la eficacia de fármacos que se emplean la obstrucción intestinal maligna inoperable. Es el caso de los corticoides, los anticolinérgicos del tipo de la hioscina y los análogos de la somatostatina como el octreótido. De la revisión sistemática se obtuvieron cinco ensayos, tres de ellos doble ciego, uno de los cuales con diseño cruzado. Se apreciaron problemas incluso en la definición de obstrucción intestinal maligna inoperable, basada únicamente en criterios clínicos y radiológicos. Se incluyeron pacientes con características diversas, desde estar o no recibiendo quimioterapia con intención paliativa a las diferencias en la supervivencia, que oscilaba desde pocas semanas a varios meses, mientras que la duración del estudio se limitaba a algo menos de una semana. El modo de realizar el tratamiento no fue uniforme; de hecho, en algunos estudios se permitía el empleo simultáneo de otros fármacos dirigidos también a aliviar el cuadro oclusivo incluso la colocación de una sonda nasogástrica. También fueron diversos los criterios de evaluación de la respuesta: la secreción gástrica (a través de la sonda nasogástrica), la intensidad de los problemas relacionados con la obstrucción (náuseas y vómitos, mareo, xerostomía, dolor...) o la resolución del cuadro oclusivo. En dos ensayos que incluían un total de 89 enfermos y que comparaban entre corticoides y placebo, la falta de rigor metodológico redujo sensiblemente la validez de los resultados. En otros tres, con un total de 103 pacientes, con criterios más rígidos de inclusión y que incluían pacientes con una expectativa de vida generalmente inferior a un mes, el octreótido se mostró más eficaz que la hioscina.

**Comentario**

Este trabajo pone de relieve las divergencias en el planteamiento diagnóstico y terapéutico de la obstrucción intestinal maligna inoperable en Cuidados Paliativos. En cuanto al diagnóstico, es probable que en más de una ocasión al plantear enfermos ni siquiera estemos hablando de un mismo concepto. De hecho, en los diferentes estudios se incluyen pacientes con características muy diferentes: desde los que fallecen a los pocos días a los que se mantienen o parecen recuperarse del cuadro oclusivo (o suboclusivo) intestinal y llegan a sobrevivir durante meses. Y se hace difícil valorar la posible eficacia a largo plazo de los tratamientos en este tipo de cuadros, que a veces parecen cronificarse, cuando los ensayos se llevan a cabo durante pocos días, no coinciden en el modo de evaluar la eficacia y, además, y permiten el empleo de otros fármacos que pueden enmascararla parcialmente. Es

probable, por tanto, que la primera necesidad sea la de alcanzar un acuerdo de mínimos para poder definir el proceso y el modo de evaluar los diferentes tratamientos. Y a partir de ahí diseñar nuevos ensayos más prácticos.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 15-02-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Escalera analgésica de la OMS para el control del dolor oncológico, veinte años de uso. ¿Cuánto alivio del dolor podemos conseguir con su uso?**

*Azevedo Sao Leao Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer 2006;14(11):1086-1093.*

El presente trabajo nos ofrece una revisión bibliografía de los artículos publicados sobre analgesia en dolor oncológico utilizando la sistemática propuesta por la escalera analgésica de la OMS. De los 292 trabajos identificados por diversas bases de datos, 37 eran potencialmente elegibles y 17 cumplieron todos los requisitos.

Los autores nos ofrecen un análisis serio de los trabajos seleccionados que incluye la metodología y los resultados relativos a analgesia y efectos secundarios. La gran heterogeneidad entre ellos impide un metanálisis.

Entre los resultados que aportan cabe destacar:

- Las recomendaciones de la OMS conducen a un importante alivio del dolor aunque en muchos casos no se consigue el alivio completo.
- La mayor parte de los estudios se desarrollaron durante el tratamiento oncológico activo, lo cual dificulta la interpretación de los efectos analgésicos.
- La existencia de efectos secundarios asociados al uso de opioides
- La adicción y la tolerancia no suponen un problema en los casos de dolor oncológico.

**Comentario**

Se trata de un trabajo serio que constata las dificultades metodológicas para la evaluación del dolor y los efectos de los analgésicos. Para la adecuada evaluación del impacto de la Escalera analgésica de la OMS deberemos diseñar estudios que se adapten al objetivo que perseguimos con herramientas lo más objetivas posibles.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 26-01-2007  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Necesidades de cuidados percibidas por pacientes afectos de tumores cerebrales y sus cuidadores.**

*Janda M, Eakin EG, Bailey L, Walker D, Troy K. Supportive care needs of people with brain tumours and their carers. Support Care Cancer 2006;14:1094-1103.*

Se trata de un estudio de carácter cualitativo realizado con grupos focales en los que participaban enfermos tratados de tumores cerebrales y familiares de estos enfermos; se complementa con una encuesta telefónica a un total de 25 pacientes y familiares.

Entre los resultados destacan como necesidades insatisfechas:

- La urgencia entre el diagnóstico y la necesidad de un tratamiento, pacientes y familias echan de menos la posibilidad de reflexionar y, en su defecto, la información escrita relativa al tipo de tratamiento y posibles secuelas físicas y cognitivas.
- La ausencia de una persona de referencia en el equipo asistencial capaz de ir dando respuesta a las múltiples dudas que surgen durante la enfermedad y el tratamiento.
- Falta de acceso a fuentes de información independientes o por internet.
- Ausencia de apoyos prácticos para los cuidados domiciliarios y económicos asociados a la pérdida de trabajo, etc.
- La estigmatización social.

### **Comentario**

Me parece un estudio cualitativo muy riguroso que puede servir de modelo para otros a realizar en nuestro ámbito más próximo. Su temática no se limita a los cuidados paliativos pero refleja claramente la necesidad de un abordaje multidisciplinar de este tipo de patologías desde sus fases más precoces, ya que las áreas psicosociales y de cuidados constituyen la queja fundamental.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 26-01-2007  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Actitud de los oncólogos médicos frente a los Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado e incurable.**

*Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward Palliative Care for patients with advanced and incurable cancer. Cancer 2003; 98: 2502-10.*

La Sociedad Europea de Oncología Médica (European Society of Medical Oncology; ESMO) realizó en 2001 una encuesta entre sus miembros para conocer su actitud ante los Cuidados Paliativos oncológicos. Se obtuvo respuesta en 895 (34%) de los 2600 cuestionarios enviados, de los que el 82% provenía de Europa, mayoritariamente de Alemania. La mediana del tiempo trabajado en Oncología de los que respondieron superaba los 15 años. El 69% reconocía que buena parte de su trabajo se dirigía a atender enfermos con cáncer avanzado y el 22% que la atención a estos pacientes abarcaba la mayor parte su dedicación profesional, aunque menos de la mitad trabajaba de manera coordinada con especialistas en Cuidados Paliativos y/o psicólogos. El 43% asumía la atención del enfermo terminal y 3 de cada cuatro que lo hacían estaban satisfechos por ello. En la mayor parte de las respuestas se reconocía una implicación mayor en el control de síntomas físicos que en los neuropsicológicos y emocionales aunque se aprecia cierta separación entre el mero control de síntomas y la atención al paciente en sus últimos días. El 92% pensaba que todos enfermos avanzados debían recibir Cuidados Paliativos, estuvieran o no en tratamiento oncológico activo. Más del 80% consideraba que los Centros Oncológicos debían tener Unidades de Cuidados Paliativos y que el oncólogo médico debía estar capacitado para atender los problemas físicos y psicológicos de estos enfermos y que, asimismo, debía coordinar la atención de sus pacientes en situación terminal, si bien menos de la mitad (42%) se veía capacitado para esto último. Casi uno de cada seis oncólogos médicos manifestaba una actitud negativa ante los Cuidados Paliativos, más evidente entre aquellos que trabajan en Centros oncológicos monográficos.

### **Comentario**

Es cierto que estos resultados pueden venir sesgados en origen porque casi dos de cada tres oncólogos médicos a los que les llegó la encuesta no la respondieron. Es fácil suponer un mayor interés o una mayor preocupación por los Cuidados Paliativos en la minoría que sí que envió respuesta. Aun así, en los resultados se puede intuir parte de la justificación del concepto de Cuidados continuos ya que en ocasiones se identifican más los Cuidados Paliativos con el control de síntomas en cualquier paciente avanzado que con la atención del enfermo en situación terminal, el moribundo. Además, teóricamente se impone que debe ser el oncólogo el que coordine, dirija o supervise la atención del enfermo oncológico también en sus últimos días si bien la mayoría reconoce no estar capacitado para ello. En resumen, esta encuesta no resuelve la cuestión de la coordinación entre la Oncología Médica y los Cuidados Paliativos pero ofrece datos objetivos que ayudan a entender la situación y que pueden facilitar cualquier tipo de diálogo.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 03-02-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Gabapentina y dolor postoperatorio. Revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados.**

*Ho KY, Gan TJ, Habib AS. Gabapentin and postoperative pain - a systematic review of randomized controlled trials. Pain. 2006;126(1-3):91-101.*

El objetivo de esta revisión sistemática es la de evaluar la eficacia y la tolerancia de la administración de gabapentina durante el acto quirúrgico para el control del dolor agudo después de la intervención. Los autores realizan una búsqueda en medline (1966-2006), librería Cochrane (2006), SCOPUS, CINAHL y también en diversas bibliografías de ensayos clínicos y artículos de revisión. Se incluyeron aquellos ensayos clínicos randomizados en los que se compara gabapentina con controles sin tratamiento en pacientes quirúrgicos.

Se incluyeron 16 estudios con un total de 1151 pacientes de los que 614 recibieron gabapentina.

Los pacientes se dividieron en tres subgrupos de acuerdo con la dosificación de gabapentina recibida: dosis única de 1200 mg de gabapentina; <1200 mg de gabapentina en dosis única; dosis múltiples de gabapentina.

Para los tres subgrupos se evaluaron los siguientes parámetros: intensidad del dolor mediante una escala visual analógica (EVA); efectos adversos; tiempo hasta la primera dosis de analgesia de rescate; consumo de opioides en las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica.

Los autores concluyen que esta revisión sistemática demuestra que la administración de gabapentina previa a la intervención quirúrgica es útil en el tratamiento del dolor postoperatorio. Una única dosis de 1200 mg de gabapentina -o dosis inferiores-, reduce la intensidad del dolor, el consumo de opioides como medicación de rescate en las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica, así como el tiempo hasta que se precisa la primera dosis de rescate.

Asimismo, se observó una disminución significativa en la aparición de prurito y vómitos en el grupo que recibió gabapentina debido principalmente a una disminución en las necesidades de opioides como medicación analgésica de rescate en el postoperatorio inmediato. Únicamente destacan los autores una mayor incidencia de somnolencia en los pacientes que recibieron 1200 mg de gabapentina en una única dosis pero que en ninguno de los casos fue significativa.

**Comentario**

El dolor que aparece después de una intervención quirúrgica es predominantemente nociceptivo. Sin embargo, puede aparecer el fenómeno de hiperalgesia como resultado de una hipersensibilización central siguiendo al trauma quirúrgico. En este caso, la explicación del efecto analgésico en estas circunstancias se basaría en que gabapentina previene precisamente esta sensibilización a nivel central mediante una reducción en la hiperexcitabilidad de las neuronas nociceptivas que se hallan en el asta posterior de la médula espinal.

Estos resultados no sólo abren una línea de investigación sobre el papel de gabapentina en la prevención del dolor crónico postquirúrgico sino que refuerza los hallazgos de Matthews y Dickenson (2002) sobre el efecto analgésico sinérgico entre gabapentina y morfina y de Gilron et al. (2003) sobre la disminución de las necesidades de morfina en el postoperatorio mediante la prevención del desarrollo de tolerancia a los opioides.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 03-02-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

**Calidad para medir parámetros cognitivos y utilidad clínica de tres instrumentos de medición del dolor en pacientes ancianos con demencia.**

*Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. Pain. 2006;126(1-3):210-220.*

Los autores realizan este estudio observacional con la intención de evaluar las propiedades psicométricas de tres escalas de valoración del dolor (PAINAD, DOLOPLUS-2 y PACSLAC), en pacientes ancianos con demencia, institucionalizados en centros residenciales en Holanda. Se reunieron un total de 128 pacientes a los que se aplicó una técnica potencialmente dolorosa como es la aplicación de la vacuna de la gripe. Además, se incluyeron 16 residentes sin demencia que actuaron como grupo control.

Las valoraciones fueron llevadas a cabo exclusivamente por enfermeras y se midieron mediante una escala visual analógica de 100 mm en los tiempos T1 (antes de la administración de la vacuna), T2 (después de la administración de la vacuna) y T3 (únicamente en pacientes sin el diagnóstico de demencia, durante situaciones potencialmente dolorosas).

De las tres escalas utilizadas, el 75% de las enfermeras prefirieron utilizar la escala PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate). Aunque esta escala consta de 60 ítems, las enfermeras la prefirieron por su facilidad de uso. En segundo lugar prefirieron la escala PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia), que contiene únicamente 5 ítems. Finalmente, la escala DOLOPLUS-2, con 10 ítems, fue la menos valorada.

**Comentario**

Aunque las tres escalas estudiadas fueron capaces de detectar diferencias entre los pacientes que presentaban o no dolor, la versión holandesa de PACSLAC demostró una buena fiabilidad y validez aunque, quizás, deba ser todavía depurada para eliminar aquellos ítems que puedan ser considerados superfluos o repetitivos.

La utilización de escalas de valoración de dolor en pacientes con demencia avanzada debería extenderse a todos aquellos centros que atiendan pacientes con estas características pues de la discriminación entre estados de dolor que pueden cursar con agitación y otros estados de agitación, dependerá el tipo de terapia utilizada. De esta manera, resulta lógico tratar la agitación secundaria a dolor con fármacos analgésicos y no con fármacos neurolépticos, por ejemplo, para tratar la agitación pero sin incidir sobre la causa de la misma.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 03-02-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### **Tramadol, fentanilo y sufentanilo pero no morfina bloquean los canales de sodio voltage dependientes.**

*Haeseler G, Foadi N, Ahrens J, Dengler R, Hecker H, Leuwer M. Tramadol, fentanyl and sufentanil but not morphine block voltage-operated sodium channels. Pain. 2006;126(1-3):234-244.*

Aquellos fármacos capaces de bloquear los canales de sodio mediante una actividad parecida a lidocaína (lidocaine-like), son capaces de producir analgesia mediante la supresión de las descargas ectópicas de alta frecuencia gracias a su unión a los canales de sodio inactivados. El objetivo de este estudio in vitro es el de investigar los efectos de cuatro fármacos opioides de amplia utilización (morfina, tramadol, fentanilo, sufentanilo), en cultivos celulares neuronales que expresan canales de sodio voltage dependientes. Hasta el momento, estos estudios únicamente han sido llevados a cabo en el caso de la meperidina.

El principal resultado de este estudio, como reza en el título, es que fentanilo, tramadol y sufentanilo son capaces de bloquear la despolarización inducida por la entrada de sodio in vitro, pero de un modo que depende de la concentración del fármaco.

La potencia de fentanilo, tramadol y sufentanilo en cuanto al bloqueo de la entrada del ión sodio en los cultivos celulares cuando la despolarización fue inducida desde el estado de reposo de la célula, fue similar a la hallada para meperidina, e independiente de la potencia analgésica de cada opioide considerado.

### **Comentario**

Curiosamente, el fármaco que más efecto lidocaine-like produjo fue tramadol, semejando al hallado en el caso de meperidina. Los autores lo atribuyen a que las concentraciones de estos fármacos son superiores a las utilizadas en el caso de morfina (mg), fentanilo y sufentanilo (microgr).

En la práctica diaria se viene utilizando tramadol, asociado

o no a otros analgésicos potentes, cuando existe un componente neuropático del dolor. Quizás este estudio pueda explicar el porqué.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 03-02-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### **Dolor en adultos mayores: estudio de prevalencia en Catalunya.**

*Miro J, Paredes S, Rull M, Qeral R, Miralles R, Nieto R, Huguet A, Baos J. Pain in older adults: A prevalence study in the mediterranean region of Catalonia. Eur J Pain. 2007;11(1):83-92.*

Los autores de este estudio de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona realizan un estudio poblacional orientado a determinar la prevalencia de dolor en personas de más de 65 años residentes en Catalunya. Se realizaron entrevistas personales a 592 participantes y éstos fueron randomizados según criterios de edad, sexo, nivel cultural y laboral. Los ítems que se valoraron durante la entrevista fueron, además de los factores sociodemográficos, los siguientes: localización del dolor, severidad, necesidad de tratamiento, interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, nivel cognitivo y calidad de vida.

Para cuantificar todas estas variables se utilizaron herramientas validadas.

Las conclusiones más destacables fueron las siguientes: La prevalencia de dolor en la muestra seleccionada fue del 73,5%, porcentaje similar en los distintos grupos de edad considerados pero mayor en la mujeres. De éstos, el 94,2% refirieron padecer dolor por un tiempo superior a los tres meses. El número de áreas corporales con dolor fue de 4,48 (máximo de 10 áreas consideradas). Las zonas articulares fueron donde se localizó más dolor. El dolor interfirió en la calidad de vida del 35,5% de los entrevistados.

### **Comentario**

Distintos estudios sobre prevalencia de dolor pueden ser consultados en la bibliografía pero se han realizado en población del norte de Europa y de los Estados Unidos de América, sin embargo, el presente estudio es el primero que se realiza en nuestra zona. Destaca la elevada prevalencia de dolor crónico con una importante interferencia con la calidad de vida.

De este estudio se puede extrapolar que el dolor crónico ya es una realidad para nuestros pacientes y que debido al progresivo envejecimiento de la población, el dolor crónico va a ser en breve un problema sociosanitario de primer orden con un consumo de recursos elevado, todavía no cuantificado.

Dado que va a ser la atención primaria de salud quien va a contactar en primer lugar con el dolor crónico, cabe esperar que sea precisamente la atención primaria la que sea capaz

de diagnosticar y tratar de una manera efectiva, eficiente y racional este problema. Para ello, a parte de concienciar a la administración sanitaria, cabría implementar la formación del personal sanitario, la creación de unidades de valoración y tratamiento de dolor ubicadas en la atención primaria y especialmente potenciar el trabajo multidisciplinar con las unidades de fisioterapia, rehabilitación y psicología en la medida de lo posible.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 04-02-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### **Principales desafíos y caminos para avanzar en la investigación en la etapa terminal: estudio cualitativo con entrevistas y grupos de discusión.**

*Kendall M, Harris F, Boyd K, Sheikh A, Murray SA, Brown D et al. Key challenges and ways forward in researching the "good death": qualitative in-depth interview and focus group study. BMJ 2007; 334: 521-6.*

Los autores llevan a cabo un estudio cualitativo para identificar los problemas más relevantes en la investigación con pacientes en la etapa terminal. Para ello entrevistan a 32 investigadores de procedencia geográfica diversa (sólo siete de ellos eran médico o enfermera) y forman dos grupos de discusión con enfermos y uno con familiares o cuidadores. Se identificaron varios problemas. Entre ellos, las diferencias en el concepto y en el pronóstico del enfermo terminal o la actitud de protección excesiva hacia estos enfermos por parte de los comités éticos y del personal que los atiende. También llama la atención la elevada proporción de pérdidas de estos pacientes, de hasta el 50%, a lo largo de los estudios. Por otra parte, en estos estudios, hasta los propios investigadores pueden sufrir cierto impacto emocional. La mayoría de los participantes mostró su preferencia por la investigación cualitativa. Este tipo de investigación exige personal experto pero permite interactuar con el paciente de una manera más delicada, evitando que reciba una información (sobre el pronóstico u otras cuestiones) que puede ser inadecuada o incluso perniciosas. Además, se aconseja un cierto carácter innovador en la metodología, combinando si es preciso más de un sistema de trabajo. La impresión general es que investigar sobre estas cuestiones supone el mismo esfuerzo que en otras áreas de la Medicina. Y son muchos los pacientes en situación terminal que estarían dispuestos a colaborar, por lo que en ocasiones se podría aconsejar un planteamiento menos excluyente. Pero es preciso informarles de que los resultados de estos trabajos no van a suponer una mejora inmediata de la asistencia y los cuidados que reciben. Y es necesario tener constancia de manera periódica de que mantienen el consentimiento que dieron al principio para participar en el estudio y su voluntad de cooperar.

### **Comentario**

Llama la atención que en una revista de impacto como el British Medical Journal publiquen un original sobre una cuestión aparentemente tan específica como las dificultades de la investigación con los pacientes en situación terminal. Puede ser una señal de que algo, efectivamente, está cambiando... En todo caso, se trata de un trabajo interesante que reitera, a través de una metodología cualitativa, problemas que ya se habían presentado en trabajos previos. Quizás haya que destacar que tiene el sesgo de plantear la investigación desde una perspectiva eminentemente cualitativa. De hecho, la mayoría de los expertos que participan provienen de disciplinas más adaptadas a este modo de ver la investigación (psicología, sociología, antropología). Y esto supone que los resultados no terminen de dar respuesta a los problemas reales del otro tipo de investigación, la cuantitativa, que es necesaria porque es la que única que puede dar respuesta desde su perspectiva a muchas otras cuestiones que afectan también al enfermo terminal.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 11-03-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Empleo de una estrategia de comunicación y de un manual sobre el duelo con los familiares de los pacientes que fallecen en la UVI.**

*Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007;356:469-78.*

El estudio se valora el impacto de una conversación estructurada y de un manual informativo sobre el duelo en familiares de enfermos ingresados en UVI en los que el fallecimiento era previsible a corto plazo y en los que se planteó suspender las medidas activas. Los familiares de 126 pacientes se distribuyeron de manera aleatoria en uno de dos grupos de actuación: uno con la estructurada y el manual y otro con la entrevista habitual. La estructura de la conversación incluía cinco puntos: valorar y agradecer lo que expresen los familiares, tener en cuenta sus emociones, escuchar, preguntar de manera que se refuerce la idea de que el paciente es una persona y facilitar que pregunten lo que estimen oportuno. El perfil del familiar tipo era el de una mujer de cerca de 54 años, católica y esposa o hija del paciente. En las conversaciones en el grupo de intervención participaron más familiares (mediana 3 vs. 2,  $p = 0,07$ ) y también más médicos (mediana 2 vs. 1,  $p = 0,05$ ). La mediana de duración de las entrevistas con los familiares incluidos en el grupo intervencionista fue mayor (30 vs. 20 minutos,  $p < 0,001$ ) al igual que la mediana de tiempo en que la familia tomó la palabra (14 vs. 5 minutos,  $p < 0,001$ ). Los familiares expresaron con más frecuencia sus emociones en las conversaciones estructuradas (95% vs.

75%,  $p = 0,01$ ). Entre los familiares que inicialmente no estaban de acuerdo con la actitud de suspender las medidas activas, fueron más los del grupo intervencionista que con el paso del tiempo la aceptaron (6 vs. 0,  $p = 0,02$ ). A los tres meses del fallecimiento se contactó por vía telefónica con 108 (86%) de los participantes y se emplearon el Impact of Event Scale (IES), que estima el riesgo de estrés postraumático, y el HADS para valorar su situación psicoemocional. La mediana de puntuación en el IES que mostraron los familiares del grupo intervencionista fue menor (27 vs. 39,  $p = 0,02$ ), como también lo fue en el HADS (11 vs. 17,  $p = 0,004$ ), con menor prevalencia tanto de ansiedad (45% vs. 67%,  $p = 0,02$ ) como de depresión (29% vs. 56%,  $p = 0,003$ ).

### Comentario

Se podría pensar que no tiene mucho sentido comentar un trabajo realizado con familiares de pacientes ingresados en UVI. Pero si se analizan las semejanzas es posible entender por qué este trabajo nos puede ser útil también en Cuidados Paliativos. En cierta medida, los que participan en este estudio están afrontando la muerte próxima de un familiar cercano. Y lo que reciben es una atención y una preparación por parte del equipo que atiende al paciente. Estas dos características son fáciles de trasladar a la Medicina Paliativa. Y las conclusiones son interesantes porque muestran que, efectivamente, esta preparación parece tener una repercusión positiva a medio plazo. Y sugieren, por ejemplo, que es preciso dedicar un promedio de cerca de media hora a hablar con los familiares, un tiempo que es preciso integrar dentro de la labor asistencial, y que las conversaciones que parecen ser más eficaces son aquellas en que se siguen unas líneas maestras y en las que participan varios miembros del equipo y varios familiares.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 06-02-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Preparar las prestaciones para los enfermos que tienen cercano el fallecimiento.

*Dy S, Lynn J. Getting services right for those sick enough to die. BMJ. 2007; 334:511-3.*

Es posible definir las trayectorias hacia el fallecimiento de los tres tipos principales de la enfermedad avanzada. La primera es la evolución, relativamente predecible y rápida, del enfermo oncológico. Esta trayectoria afecta a una población más joven que la de las otras categorías. En los pacientes con insuficiencia orgánica se aprecia un deterioro progresivo y lento pero con agudizaciones severas en que se corre un evidente riesgo vital. Es frecuente que en estos enfermos los tratamientos activos se mantengan hasta poco antes del fallecimiento. Se trata de

pacientes con una edad intermedia entre las otras dos trayectorias y con una limitación leve del estado general y de la capacidad cognitiva. La tercera trayectoria es la de los enfermos con limitaciones severas pero con un deterioro lento. Es el caso de la demencia o de las patologías múltiples. Pueden sufrir complicaciones severas por problemas intercurrentes a veces poco relevantes, lo que dificulta aún más cualquier pronóstico en cuanto a supervivencia. Es relativamente frecuente que estos enfermos requieran cuidados de soporte durante meses o años. En la población de más de 65 años, de manera aproximada, el 20% se adapta a la evolución del enfermo oncológico, el 25% a la de la insuficiencia orgánica y el 40% a la del proceso degenerativo neurológico. Del 15% restante, una mitad fallece de manera inesperada y la otra sigue otro tipo de evolución. Desde un punto de vista práctico, es preciso definir un perfil de cuidados y de atención para las necesidades y prioridades de cada tipo de trayectoria. Para la del enfermo oncológico lo adecuado sería integrar los tratamientos específicos de la enfermedad de base y los cuidados paliativos, con capacidad de respuesta rápida en el control de síntomas. En los procesos evolutivos de insuficiencia orgánica, hacen falta sistemas de asistencia en el domicilio ágiles, que permitan prevenir la incidencia y minimizar el impacto de las agudizaciones y evitar ingresos. En los cuadros degenerativos, lo esencial son los programas de soporte mantenidos en el tiempo. Actualmente se están promoviendo programas piloto para optimizar los recursos y las prestaciones adaptados a estas diferencias.

### Comentario

La evolución de los Cuidados Paliativos o, de manera más amplia, de la atención y el cuidado del enfermo que ve cercano su fallecimiento hace que se perciban con más claridad las diferencias en los pacientes que se atienden. No requiere la misma actitud un enfermo con cáncer de pulmón avanzado, uno con insuficiencia cardiaca terminal o uno con una demencia avanzada. Cada perfil exige una atención. Y esto es algo que interesa también a los gestores, que ya diseñan programas para adecuar los recursos de manera que en cada caso se den las prestaciones necesarias.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 11-03-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad.

*Wilson Astudillo A., Antonio Casado da Rocha y Carmen Mendinueta A (editores). Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián, SOVPAL, 2005.*

Los editores han aunado esfuerzos con los profesores del XIII Curso de Cuidados Paliativos realizado por la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y, el fruto de este trabajo conjunto, ha sido la edición de este libro de 448 páginas.

Consta de tres partes bien diferenciadas, revisándose en cada una de ellas los temas más importantes y actuales de la medicina paliativa.

En la primera parte se hace hincapié en la comunicación entre el enfermo, familia y equipo de cuidados paliativos como base para conseguir una buena paliación; la comunicación de las malas noticias como punto fundamental en el inicio de la relación médico-paciente; la ubicación física donde se va a llevar a cabo la asistencia al enfermo paliativo, teniendo en cuenta que esta elección debe ser correctamente ponderada. Finalmente, se hace un repaso al tratamiento de los síntomas más prevalentes con especial interés en los síntomas neuropsiquiátricos, el dolor difícil y las urgencias.

En este apartado se incluyen de manera muy acertada los avances en los cuidados paliativos de las enfermedades neurodegenerativas, pues cada vez es mayor el número de pacientes con este diagnóstico que van a requerir cuidados paliativos en la fase final de dichas enfermedades. En la segunda parte se realiza un extenso análisis del sufrimiento en los cuidados paliativos, así como de las consecuencias más inmediatas del mismo como son las consideraciones sobre la bioética, la sedación y la eutanasia. Finalmente, en la tercera parte -la más breve de las tres- se hace un recorrido sobre la medicina en el siglo XXI y los cuidados paliativos en los países en vías de desarrollo.

## Comentario

A modo de resumen, puede decirse que el contenido de este libro es más que suficiente para iniciarse en el mundo de los cuidados paliativos; tiene una lectura fluida que rechaza terminología complicada.

El apartado de control de síntomas es interesante para adentrarse en el manejo terapéutico del enfermo terminal aunque no aborda toda la complejidad del tema.

Destacar que el libro está bien ponderado en cuanto al contenido; el mensaje es de fácil recepción y la comprensión del mismo adecuada para aquellos que quieran iniciarse en el mundo de la medicina paliativa.

## Referencias a Libros

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 11-03-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

## Radiología intervencionista en Cuidados Paliativos.

*Baerlocher MO, Asch MA. Interventional radiology in palliative care. CMAJ 2007; 176: 762-3.*

Los autores presentan el caso de una paciente oncológica avanzada que requirió de manera sucesiva que se le

practicaran diversas técnicas de radiología intervencionista: colocación de un catéter central para la administración de quimioterapia, colocación de endoprótesis en el uréter y en el intestino para superar un cuadro obstructivo de origen tumoral. Las imágenes que aportan (y que tienen acceso libre en la web de la revista) son interesantes. A partir de ahí revisan las diferentes técnicas que puede realizar la radiología intervencionista con intención paliativa. Una de ellas son los drenajes de líquido pleural o ascítico o de abscesos. También está la colocación de endoprótesis para salvar zonas de obstrucción y, en ocasiones, fístulas en el esófago, el intestino, la vía biliar, el uréter o en grandes vasos como la vena cava superior. Otra opción es la derivación o apertura al exterior de conductos para facilitar la eliminación (nefrostomía, derivación biliar) o para permitir la entrada (gastrostomía, enterostomía). Por último se encuentran las técnicas de analgesia intervencionista que incluyen, entre otras, las fenolizaciones y la vertebroplastia.

## Comentario

Con el paso del tiempo hemos llegado a tener unos conceptos más claros sobre la eficacia de las técnicas paliativas intervencionistas, a la vez que ha crecido la disponibilidad de estas técnicas. Así hemos podido comprobar permiten alcanzar un alivio rápido y eficaz con una instrumentación fácilmente tolerable en una proporción importante de pacientes. Los criterios son cada vez menos exigentes y, de hecho, se suele plantear en enfermos que, sencillamente, no se encuentran en sus últimos días. De hecho, cualquier paciente oncológico debería tener acceso, si lo precisase, a este tipo de técnicas. Y esto exige que los que lo atienden conozcan sus indicaciones y que la estructura sanitaria disponga de los recursos necesarios para cubrir esta demanda.

## Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 14-03-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

## Lamotrigina en el tratamiento del dolor en la neuropatía diabética: resultados de dos estudios randomizados, a doble ciego y controlados por placebo.

*Vinik AI, Tuchman M, Safirstein B, Corder C, Kirby L, Wilks K, et al. Lamotrigine for treatment of pain with diabetic neuropathy: results of two randomized, double-blind, placebo-controlled studies. Pain. 2007; 128(1-2):169-179.*

Los autores, conjuntamente con la industria farmacéutica, llevan a cabo estos dos estudios para determinar la eficacia y la tolerancia del bloqueador de los canales del sodio Lamotrigina, en el dolor asociado a neuropatía diabética. Se trata de dos estudios con idéntico diseño

(randomizados, doble ciego, control por placebo), con n=360 pacientes por estudio, a los que se administró 200, 300 ó 400 mg diarios de lamotrigina o placebo, durante un período de 19 semanas (7 semanas de aumento de dosis y 12 semanas de mantenimiento).

La media de la reducción de la intensidad del dolor fue superior en la cohorte que recibió 400 mg diarios de Lamotrigina en el segundo de los estudios, pero no se repitieron en el estudio 1.

Las dosis de 200 y 300 mg de Lamotrigina no mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto a placebo, al cabo de las 19 semanas de tratamiento, en ninguno de los dos estudios.

En referencia a los efectos secundarios, éstos fueron detectados en el 71-82% de los pacientes que recibieron lamotrigina respecto al 63-70% de pacientes que recibieron placebo, siendo la cefalea y el rash cutáneo las reacciones adversas más frecuentemente descritas.

## Comentario

Si aceptamos estos resultados en que se pone de manifiesto el efecto analgésico limitado de lamotrigina en el tratamiento de la neuropatía diabética, la pregunta que deberíamos plantearnos sería por qué no funciona en este tipo de dolor. Más si tenemos en cuenta distintos estudios recientes (Droga et al, 2005) que también muestran un efecto analgésico limitado por parte de oxcarbacepina (que también actúa inhibiendo los canales del sodio). Una posible explicación podría ser que la actividad ectópica iniciada y mantenida por los canales de sodio no juega un papel importante en la fisiopatología de este tipo de dolor, al contrario de lo que se ha observado en modelos animales. De manera alternativa, podría darse la circunstancia que el dolor neuropático generado por los canales de sodio estuviesen presentes solamente en una pequeña fracción de los pacientes y el efecto del bloqueo de los canales de sodio en esta población quedase enmascarado si se estudia sobre toda la población (dilution effect).

Con la información de que disponemos lamotrigina y el resto de fármacos que actúan bloqueando los canales de sodio, no deberían utilizarse de manera rutinaria en aquellos casos de neuropatía periférica.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 18-03-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

## Percepción de los oncólogos sobre el tratamiento del dolor en España: De lo real a lo ideal.

*Carulla Torrent J, Jara Sánchez C, Sanz Ortiz J, Batista López N, Camps Herrero C, Cassinello Espinosa J, et al. Oncologists' perceptions of cancer pain management in Spain: The real and the ideal. Eur J Pain. 2007;11(3):352-359.*

Este estudio recoge las opiniones de un grupo de oncólogos españoles que se reunieron para constatar el estado de diferentes puntos relacionados con el abordaje integral del dolor en el paciente oncológico atendido en hospitales universitarios.

Se utilizó la escala de likert para cuantificar los distintos ítems evaluados.

Las principales conclusiones a las que se llegaron fueron: la necesidad de evaluar el dolor mediante escalas validadas en cada visita; la mejora en las habilidades de comunicación, así como el consensuar con el paciente tanto el plan de atención como los cambios que deban tener lugar; y, finalmente, que debe prestarse atención a los tratamientos no farmacológicos.

## Comentario

El dolor es uno de los problemas físicos más impactantes que puede presentar el paciente oncológico sea cual fuera el estadio en que se encuentre. Afortunadamente, en los años 80 la O.M.S. redactó un grupo de consejos orientados a conseguir un buen control de síntomas, principalmente el dolor. Entre estas medidas destaca la escalera analgésica de la O.M.S. Evidentemente, la base de la relación entre el paciente y el equipo se basa en la buena comunicación entre ambos, dejando que el principio de autonomía de la bioética tome un papel preponderante en esta relación.

Cuando los pacientes son atendidos en el domicilio o en hospitales en los que no hay servicio de oncología, habitualmente se hallan en fases muy avanzadas y en muchos casos la comunicación ha sido inefectiva, prevaleciendo en muchas ocasiones la llamada conspiración de silencio.

Sin una buena comunicación no hay posibilidad que el paciente sea tenido en cuenta a la hora de planificar su tratamiento (curativo o paliativo).

Es interesante ver como en prestigiosos servicios de oncología de nuestro país se siguen de manera desigual las medidas orientadas a seguir la evolución del tratamiento del dolor en los pacientes oncológicos, por otra parte recomendadas por las guías de tratamiento del dolor de la mayoría de las sociedades científicas tanto españolas como mundiales.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 18-03-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

## Aprepitant. El papel de la sustancia p en las náuseas y vómitos.

*Prommer E. Aprepitant (EMEND): the role of substance P in nausea and vomiting. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2005;19(3):31-9.*

En la regulación de la emesis intervienen el quimiorreceptor

o zona gatillo del área postrema, y el centro del vómito, localizado en el bulbo, formado por el núcleo dorsal motor del vago y el núcleo del tracto solitario (NTS). Los estímulos aferentes pueden llegar desde muchas vías, corticales, gastrointestinales, etc., que convergen en la médula.

La zona gatillo, carente de barrera hematoencefálica, detecta toxinas emetógenas en sangre y LCR, y proyecta neuronas hacia el NTS. Las aferencias gastrointestinales parecen concentrarse especialmente en el NTS.

Para producir el vómito, esas neuronas deben activarse en una secuencia apropiada, que se puede entender como un "patrón generador" del vómito, más que como un "centro del vómito". Los patrones generadores centrales son redes neuronales capaces de producir actividad estereotipada rítmica, como la respiración o la locomoción.

La emesis conlleva relajación del estómago proximal y diafragma, y contracción de la musculatura estriada del esófago, que tira de la parte del estómago proximal relajada.

La relajación gástrica, evento prodrómico importante en el vómito, es causada por la activación de los receptores NK1(r-NK1), y puede prevenirse bloqueándolos.

La sustancia P y sus receptores están implicados en procesos como la transmisión del dolor en la médula y SNC, emesis, y otros. Está altamente expresada en el complejo dorsal vagal en humanos. En animales, su deplección protege de la emesis frente estímulos centrales y periféricos, y los inhibidores r-NK1 protegen de la emesis aguda y retardada frente a cis-platino.

Aprepitant es el primer antagonista de receptores de sustancia p/neurocinina-1, indicado en la quimioterapia altamente emetógena, para la prevención de náuseas y vómitos (NyV) agudos y retardados.

Los estudios humanos y animales con tomografía por emisión de positrones muestran que el aprepitant cruza la BHE y ocupa los r-NK1, sin afinidad por los receptores de 5HT3, dopamina y corticoides.

Se diseñaron dos estudios en fase III en los que las dosis de 125 mg el día 1º, y 80mg el 2º y 3º fueron tan eficaces como otras superiores. El protocolo 052 examina 523 pacientes durante 5 días, en los que la respuesta completa (no emesis y no terapia de rescate) ocurrió en el 62.7% con aprepitant y 43.3% con terapia estándar: 82.8% frente a 68.4% en el día 1º, y 67.7 frente a 46.8% en los días 2º a 5º. El protocolo 054 compara dos grupos de 260 individuos con aprepitant frente dos con terapia estándar en 5 días tras cisplatino. Hubo respuesta completa en 72.7 frente a 52.3%, mejor tanto en el día 1º como los 2º a 5º. La superioridad en la prevención de emesis retardada fue independiente de la eficacia en la fase aguda. Esos ensayos basaron su aprobación por la FDA en Marzo de 2003.

En su farmacocinética destaca su biodisponibilidad oral del 60-65%, pico plasmático en 4 horas, unión a proteínas plasmáticas >95%, y vida media de 9-13h. Se metaboliza por oxidación, por CYP3A4. No está disponible para uso parenteral. Interacciona aumentando niveles de los fármacos metabolizados mediante CYP3A4: la dexametasona, y la metilprednisolona oral, se deben reducir al 50%. La metilprednisolona IV se reducirá un 25%. No interfiere con los inhibidores 5HT3. Los inhibidores potentes de CYP3A4 (imidazólicos, claritromicina...) aumentan sus niveles, sin toxicidad demostrada.

Los efectos secundarios más frecuentes son astenia,

estreñimiento, hipo, y náuseas.

Posología: Aprepitant 125mg una hora antes de la quimioterapia, y ondasetron 32mg iv y dexametasona 12mg oral 30 minutos antes. En los días 2 y 3 se dan 80mg de aprepitant junto con 8mg de dexametasona oral, y el día 4 sólo 8mg de dexametasona.

## Comentario

Este artículo permite entender mejor la relación entre el vómito y la sustancia p, que está altamente expresada en el NTS, conectado con el patrón generador central del vómito. Puede ser un neurotransmisor clave en el control del vómito. Quizás sea un camino común final en la emesis. Su bloqueo parece interferir en las fases prodrómicas del vómito. Aprepitant es el único fármaco indicado para la emesis retardada por quimioterapia altamente emetógena, y controla la emesis aguda por un mecanismo distinto del de otros fármacos.

Su amplio rango de acción ante estímulos centrales y periféricos lo hace un nuevo agente potencial en el tratamiento de las NyV no relacionados con quimioterapia, como los inducidos por opioides, o por radioterapia, o NyV refractarios de otras causas. Se necesita aclarar su impacto en las náuseas, y su asociación con otros antieméticos. No está disponible para uso parenteral. Su toxicidad es mínima.

Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy

**Revisor:** Jaime Boceta Osuna, 23-03-2007

Unidad de H. Domiciliaria y C. Paliativos. Hospital Macarena de Sevilla.

## Ética de la sedación paliativa como terapia de último recurso.

*National Ethics Committee, Veterans Health Administration. The ethics of palliative sedation as a therapy of last resort. Am J Hosp Palliat Med. 2007;23:483-491.*

El documento examina qué se entiende por sedación paliativa y revisa algunos de los aspectos más controvertidos desde el punto de vista ético. Las conclusiones a las que llega el comité son las siguientes: 1.-

Existen diferencias claras entre la sedación paliativa y la eutanasia o el suicidio asistido médicamente. 2.- Está justificado éticamente el restringir la sedación paliativa sólo a pacientes que vayan a morir de forma inminente. 3.- El deseo del paciente de mantener medidas de sostén (nutrición, hidratación, soporte ventilatorio...) no debe ser impedimento para la administración de sedación. 4.- No debe usarse la sedación paliativa para tratar el sufrimiento existencial, si no hay además síntomas clínicos refractarios graves. 5.- Se puede sedar a pacientes sin capacidad de decisión, siempre que exista el consentimiento de una persona autorizada por el paciente.

Por último, el comité formula algunas recomendaciones

prácticas y recuerda que sólo se debe sedar tras una evaluación clínica y una deliberación cuidadosas, por lo que la valoración multidisciplinar y los cuidados paliativos "de alta calidad" deben ser condiciones previas a cualquier decisión.

## Comentario

Es un artículo especialmente recomendable por la claridad con que están expuestos los problemas. Está planteado como la declaración de un comité ético sobre aspectos conflictivos que siguen en debate. Por tanto, no es de extrañar que, aunque el comité adopte unas posturas claras, se reconozca que en algunos temas como la no indicación de sedación en sufrimiento existencial o el que sean compatibles la sedación y las medidas de sostén, no haya habido unanimidad entre los miembros. Hay que recordar que, aunque usan el término sedación paliativa, a lo que se refieren es a la sedación en pacientes cuya muerte parece inminente, por lo que el término equivalente en nuestro medio no sería "sedación paliativa", sino el más restringido de "sedación en la agonía", anteriormente llamada "sedación terminal" (ver "Aspectos éticos de la sedación" en *Med Pal* (Madrid) 2002; 9: 41-46).

American Journal of Hospice and Palliative Medicine

**Revisor:** José Javier De-Arriba Méndez, 25-03-2007  
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

## Nutrición enteral y parenteral in pacientes con cáncer terminal: revisión de la literatura.

*Dy SM. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. Am J Hosp Palliat Med. 2006; 23:369-377.*

Los autores revisan los artículos publicados entre 1990 y noviembre de 2005 utilizando el Medline y otras fuentes de revisiones sistemáticas. Para la búsqueda usaron los términos "enteral nutrition", "parenteral nutrition", "artificial nutrition", "gastrostomy" y "tube feeding", combinados con "cancer", "malignancy", "oncology" y "palliative". La selección final incluyó tres revisiones sistemáticas, dos guías de actuación y varios estudios relevantes, cuyo número no especifican.

Los resultados de esta revisión indican que la nutrición enteral y parenteral puede mejorar la supervivencia, el estado funcional y la calidad de vida, pero que estos beneficios se limitan a pacientes con afectación gastrointestinal que dificulte o impida la ingesta, y que además tengan buen estado funcional. Hay pocas pruebas de que mejore la supervivencia o el confort en pacientes con pérdida de peso debida a caquexia tumoral, y hay múltiples riesgos e incomodidades, además del coste elevado. Ciertos factores pronósticos pueden orientar sobre qué pacientes serán los más beneficiados, y existen algunas guías de actuación que, en general, recomiendan el uso sólo en casos

seleccionados de obstrucción del tracto gastrointestinal, en pacientes con un pronóstico mínimo de 1 mes y un índice de Karnofsky superior a 50. Hay numerosas pruebas de que la nutrición artificial se está utilizando demasiado, y que algunas intervenciones, como programas educacionales, implantación de guías, valoraciones por un equipo multidisciplinar, etc., pueden reducir el porcentaje de nutriciones artificiales mal indicadas.

## Comentario

El trabajo es interesante como visión de conjunto sobre la nutrición artificial en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Se echa de menos una tabla con una breve descripción de los estudios que finalmente se han considerado en la revisión.

American Journal of Hospice and Palliative Medicine

**Revisor:** José Javier De-Arriba Méndez, 25-03-2007  
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

## Tratamiento sintomático de la disnea con opioides mayores, y su efecto sobre la ventilación en pacientes en situación terminal.

*Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2007;(33): 473-481.*

Este estudio evalúa el efecto del tratamiento opioide sobre la ventilación en pacientes de cuidados paliativos con disnea, que reciben tratamiento sintomático con opioides mayores. Se miden Sat O<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, frecuencia respiratoria y cardíaca durante la fase de titulación con morfina e hidromorfona. El objetivo de este estudio era comprobar la eficacia de dichos opioides en el control sintomático de la disnea, su repercusión sobre la ventilación y si la administración nasal de O<sub>2</sub> conduce a una disminución en la intensidad de la disnea. Fueron reclutados de manera prospectiva, 11 pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Paliativos, sin randomización. Durante la administración de O<sub>2</sub>, la intensidad de la disnea no cambió. Por el contrario, la administración de opioides se tradujo en una disminución de la intensidad de la disnea (p=0.003). No se observó depresión respiratoria, en ningún caso.

## Comentario

Aunque son pocos enfermos, con las limitaciones que ello supone, es el primer estudio, en el que se hace una monitorización continua, estrecha, de la SatO<sub>2</sub> y de la pCO<sub>2</sub>, después de la administración opioide. Es congruente con los estudios previos de Bruera donde no se objetiva mejoría

sintomática con la administración de oxígeno, pero sí con morfina e hidromorfona. En ningún caso se produjo la "temida y rara vez vista" depresión respiratoria en la población que atendemos. Obviamente estos resultados han de ser demostrados en estudios con una población mayor de pacientes y, por qué no, con otros opioides mayores, por la misma base fisiopatológica.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Miguel Ángel Cuervo Pinna, 12-04-2007  
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

### Relación entre disnea y satisfacción en cuanto a calidad de vida del paciente con cáncer avanzado.

*Gupta D, Lis CG, Grutsch JF. The relationship between dyspnea and patient satisfaction with quality of life in advanced cancer. Support Care Cancer. 2007;15:533-538.*

El objetivo de este estudio era investigar la relación entre disnea y calidad de vida (QoL) en pacientes con cáncer avanzado. Fueron reclutados 954 pacientes oncológicos (Treatment Centers of America). La disnea fue medida usando el EORTC (subescala disnea), la satisfacción del paciente en relación a QoL fue medida utilizando el QLI (Quality of Life Index). La relación entre disnea y QLI fue evaluada utilizando análisis multivariante de la varianza y análisis de regresión múltiple.

579 eran mujeres y 375, hombres, la mediana de edad fue de 56 años (20-90). De estos pacientes, dos tercios no respondieron a tratamiento previo. La etiología oncológica fue: Mama (26%), colorrectal (19%) y pulmón (16%). Después de ajustar por efectos de la edad y tratamiento, un incremento de casi 10 unidades en la disnea se asoció significativamente con 0.81, 0.16, 0.47 y 0.47 unidades de decremento en QLI bienestar/esfera física, social/económica, psicológica/espiritual y global/, respectivamente.

Como conclusiones, los autores encontraron que la disnea se asocia fuertemente con la satisfacción del paciente con cáncer avanzado en QoL.

### Comentario

En los últimos años observamos grandes avances metodológicos en la evaluación de objetivos para medir la percepción sintomática de nuestros enfermos. Hay un acuerdo general que la QoL es un constructo subjetivo y que es el paciente el que debe juzgar esa QoL. Hasta ahora son escasos los estudios que relacionan disnea y QoL, y menos de una manera sistemática utilizando cuestionarios validados.

La fortalezas del estudio podrían resumirse como sigue:

- 1.El gran tamaño muestral: 954 pacientes
- 2.La ausencia de missing en el QLQ-C30 (subescala disnea) así como en el QLI

Las limitaciones, bien recogidas por los autores son:

1. La cohorte sólo abarca a pacientes de habla inglesa
2. La subescala QLQ-C30 (subescala disnea) sólo contiene un ítem con un nº limitado de posibles respuestas

A pesar de las limitaciones, el estudio demuestra la fuerte asociación existente entre la presencia de disnea y la satisfacción del paciente en QoL.

Un estudio longitudinal con este gran tamaño muestral, probablemente aportaría más información sobre esta clara relación que se demuestra.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Miguel Ángel Cuervo Pinna, 14-04-2007  
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

### Radioterapia para el glioblastoma en el anciano.

*Keime-Guibert F, Chinot O, Taillandier L, Cartalat-Carel S, Frenay M, Kantor G, et al. Radiotherapy for glioblastoma in the elderly. N Engl J Med 2007; 356: 1527-35.*

Los autores se plantean conocer cuál es la eficacia real de la radioterapia en un tumor de mal pronóstico como el glioblastoma y, además, en un subgrupo de pacientes más complejo, como son los que tienen al menos 70 años. Para ello llevan a cabo un estudio comparativo con distribución aleatoria entre radioterapia y tratamiento sintomático con enfermos de esta edad que mantuvieran un estado general aceptable (superior al 60% en la escala de Karnofsky). Aunque el diseño admitía tanto astrocitomas anaplásicos como glioblastomas, en el análisis de los resultados sólo se incluyen los 81 con glioblastoma que suponen el 95% del total. De éstos, hasta el 31% se encontraba aparentemente libre de enfermedad tras una resección completa. Aunque se emplearon diversos esquemas de radioterapia, la mayoría recibió 50 Gy con un fraccionamiento de 1,8 Gy, cinco días por semana. Sólo tres pacientes (dos del brazo de radioterapia y uno del de tratamiento de soporte) recibieron quimioterapia (temozolomida). El estudio se suspendió de manera temprana porque los resultados intermedios mostraban un claro beneficio de la radioterapia. Tanto la mediana de tiempo hasta la progresión (1 vs. 3,5 meses;  $p < 0,001$ ) como la mediana de supervivencia (4 vs. 7 meses;  $p = 0,002$ ) fueron mayores en los pacientes con radioterapia. En todo caso, en ninguno de los brazos hay casos de supervivencia por encima de dos años. Aunque los pacientes con resección completa tuvieron supervivencias más prolongadas, no se encontró que el beneficio proporcional de la radioterapia dependiera de la magnitud de la cirugía. La tolerancia fue aceptable. No se encontraron diferencias relevantes entre los dos brazos en cuanto a calidad de vida (QLQ-C30 con el módulo específico QLQ-BN20) y función cognitiva (MiniMental, Mattis Dementia Rating Scale y Neuropsychiatric Inventory).

**Comentario**

Este estudio parece aportar una evidencia suficiente como para respaldar el uso de la radioterapia con fraccionamiento estándar dentro del tratamiento (paliativo) del glioblastoma en el anciano que mantiene un estado general aceptable. Deja abierta, sin embargo, la indicación en pacientes con peor estado general. Por otra parte, aunque no da los datos concretos, la mediana de supervivencia de los pacientes con tumor activo que recibieron radioterapia es probable que no supere los seis meses. Este dato se asemeja a la expectativa de supervivencia de ciertos subgrupos favorables de enfermos con metástasis cerebrales (buen estado general, ausencia de enfermedad sistémica). Además, el tratamiento es meramente paliativo ya que no se presentan casos de control mantenido de la enfermedad. Por tanto, es lógico plantearse si en estos casos se podría plantear una radioterapia hipofraccionada, similar a la que se emplea en la paliación de las metástasis cerebrales, para completar antes el tratamiento sin comprometer la eficacia.

## Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 15-04-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Diseño de una escala de evaluación del dolor para pacientes con deterioro cognitivo.**

*van Iersel T, Timmerman D, Mullie A. Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. Int J Palliat Nurs. 2006;2(2):54-59.*

Los autores presentan un estudio con el objetivo de diseñar una escala de evaluación del dolor en pacientes con alteración cognitiva. El estudio se realizó en Bélgica en 17 residencias geriátricas y residencias asistidas.

Con el objetivo de diseñar un instrumento propio se basaron en dos escalas que evaluaban el dolor en pacientes con alteración cognitiva (The Abbey Pain Scale y Pain Assessment in Advanced Dementia -PAINAD-). El estudio tenía como objetivo determinar cuáles eran los ítems más discriminantes del dolor y más sencillos de observar.

En el estudio participaron 185 profesionales: enfermeras y auxiliares de enfermería. Los profesionales evaluaron a 157 pacientes que no podían expresar el dolor verbalmente. La evaluación se llevó a cabo cuando se realizaba la higiene del paciente. Después los profesionales puntuaron si cada ítem de las dos escalas era buen indicador de evaluación del dolor y fácil de observar.

Se encontró que los ítems mejor puntuados, como buenos indicadores para evaluar el dolor y fáciles de observar, fueron expresión de la cara, vocalización y el lenguaje del cuerpo. La nueva escala se diseñó con estos tres ítems. Esta escala se utilizará en un estudio piloto para valorar su validez.

**Comentario**

Es un artículo que aporta el proceso de construcción de un instrumento que van a utilizar para evaluar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo. Parece que cumple las características propias de instrumentos utilizados en pacientes de cuidados paliativos como son la facilidad en utilizarlo y su brevedad.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Ana Carvajal Valcarcel, 24-03-2007  
Clinica Universitaria de Navarra