

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**3ª Entrega. Septiembre 2000.**

# INDICE

Articulo	Pag.
Funcionalismo neuropsicológico en pacientes con cáncer: el papel de los opioides por vía oral, el dolor y el estado funcional.	1
El tratamiento prelesional con morfina o ketamina inhibe el desarrollo de la hiperalgesia inducida experimentalmente en el hombre.	1
El litio intratecal reduce las respuestas al dolor neuropático en un modelo murino de neuropatía periférica.	2
Diferencias relacionadas con la edad en la evolución de la hiperalgesia inducida por capsaicina.	2
Saliva artificial versus chicles en el tratamiento de la sequedad de boca (xerostomía) en pacientes con cáncer avanzado.	3
Despedida de Derek Doyle	3
Psicofarmacología en el tratamiento de soporte del cáncer: una revisión para el clínico. II. Neurolépticos.	4
Caquexia y anorexia: el asesino oculto del cáncer.	4
Las escalas simples para la evaluación del dolor ocultan complejos significados idiosincráticos.	4
Parejas frente al Cáncer: Diferencias de Rol y de Género en el Distrés Psicológico y la Calidad de Vida.	5
Sobrevivir al cáncer: ¿qué quiere decir? Evaluación de una Intervención para supervivientes de cancer infantil.	5
Tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal.	6
Factores predictivos de fallecimiento en domicilio en pacientes oncológicos paliativos.	6
Cuidado domiciliario versus ingreso en "Hospice": Características de los pacientes al alta en un hospital de agudos.	7

**Funcionalismo neuropsicológico en pacientes con cáncer: el papel de los opioides por vía oral, el dolor y el estado funcional.**

*Sjøgren P, Olsen AK, Thomsen AB, Dalberg J. Neuropsychological performance in cancer patients: the role of oral opioids, pain and performance status. Pain 2000;86:237-245.*

El objetivo de este estudio era evaluar la posible influencia de los opioides administrados por vía oral, el dolor y el estado funcional sobre el funcionalismo neuropsicológico y la cognición en pacientes con cáncer. Para ello se incluyeron de forma consecutiva 130 pacientes con edades comprendidas entre 40 y 76 años. El diseño fue un corte transversal y los pacientes se distribuyeron en 5 grupos. El grupo 1(n=40), el cual se usó como grupo control, se caracterizó por tener un Karnofsky (KPS) designado como "A"(capaz de llevar una actividad y trabajo normal, sin que precisaran un cuidado especial), no tener dolor ni tomar opioides. El grupo 2(n=19) se caracterizó por tener un KPS "B" designado como (No poder trabajar. Posibilidad de vivir en casa y precisar cuidados para muchas de las necesidades personales, necesitando algún tipo de asistencia), no tener dolor ni tomar opioides. Grupo 3(n=19) tener un KPS B, tener dolor y no tomar opioides. Grupo 4a(n=31) KPS B, tener dolor y recibir una dosis estable de opioides y el Grupo 4b(n=21) KPS B, no tener dolor y tomar dosis estables de opioides. Se valoró la intensidad del dolor, sedación, dosis de opioide y tiempo desde la última toma de opioide. Los tests neuropsicológicos utilizados fueron: el Tiempo Continuo de Reacción (CRT), el FingerTapping Test (FTT) y el Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT). Tras comparar el grupo 1 con los otros, se vio el grupo 1 ejecutaba de forma estadísticamente significativa el CRT más rápido que los grupos 2, 4a y 4b. Respecto al FTT el grupo 1 lo ejecutaba de forma estadísticamente significativa más rápido que los grupos 3 y 4a. Los grupos con dolor aliviado (2 y 4b) ejecutaban mejor de forma estadísticamente significativa el PASAT que los grupos con dolor 3 y 4a. Los autores concluyen que estado funcional bajo (KPS B) y la presencia de dolor son los factores que alteran de mayor manera los tests neuropsicológicos y que los opioides no parecen afectarlos.

**Comentario**

El presente trabajo aporta una interesante información sobre cual puede ser el papel de los opioides en el rendimiento neuropsicológico de los pacientes con cáncer, ya que de alguna manera parece ser que un estado funcional disminuido y la presencia de dolor son los más importantes en alterar los tests neuropsicológicos de rapidez en la ejecución, que los propios opioides, lo cual puede ser de utilidad en aconsejar y desaconsejar ciertas actividades a los pacientes en base a otros parámetros diferentes a la toma de opioides. Ello obviamente no elude la necesidad de vigilar el estado cognitivo de nuestros enfermos que se halla sometidos a tratamiento con opioides.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 01-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

**El tratamiento prelesional con morfina o ketamina inhibe el desarrollo de la hiperalgesia inducida experimentalmente en el hombre.**

*Warncke T, Stubhaug A, Jørum E. Preinjury treatment with morphine or ketamine inhibits the development of experimentally induced secondary hyperalgesia in man. Pain 2000;86:293-303*

Los autores examinan el efecto de la morfina (MFN) o la ketamina (KTM) (NMDA antagonista) en el tratamiento de la hiperalgesia secundaria. Para ello se diseñó un estudio doble ciego cruzado que incluyó 12 voluntarios sanos. La hiperalgesia fue inducida por una quemadura de primer grado que afectaba 12,5 cm<sup>2</sup> de la pantorrilla. El tratamiento farmacológico se inició antes de producir la lesión y se continuó en el periodo inmediato después. Los voluntarios recibieron en tres días distintos y con un orden aleatorio: (1) placebo, (2) MFN, 150mcg/kg en bolus + infusión de 1 mcg/kg/min. y 0,5 mcg/kg/min. y (3) KTM, 60mcg/kg en bolus + infusión de 6mcg/kg/min. y 3mcg/Kg/min. El bolus y la infusión se iniciaron 30 minutos antes de la lesión y finalizó 50 minutos tras la lesión. El área de hiperalgesia secundaria se cuantificó utilizando la punción mediante los filamentos de von Frey y estimulación por cepillado. El día de placebo todos los sujetos desarrollaron un área de hiperalgesia secundaria. En cambio, tanto la MFN como la KTM redujeron de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) su aparición. Los autores comentan que en un estudio previo hallaron que la MFN no afectaba la hiperalgesia secundaria cuando se administró postlesión, mientras que la KTM si lo hizo. Se concluye que la diferente respuesta de la MFN administrada pre y post lesión puede ser relevante respecto a la recientemente conocida interacción mediada por los receptores NMDA y la hiperexcitabilidad central y la antinocepción por MFN. El efecto de la KTM apoya la hipótesis sobre el papel de los receptores NMDA en la mediación de la hiperexcitabilidad central.

**Comentario**

La hiperexcitabilidad central y el papel del bloqueo de los receptores NMDA con KTM, apoyaría el sustrato sobre el que basamos su uso en el dolor neuropático, especialmente cuando se hallan presentes hiperalgesia, alodinia y dolor mantenido. En los pacientes con dolor neuropático de origen oncológico, no todos precisan ser tratados con KTM, y quizás el presente trabajo podría dar luz a especular el papel que podría tener el pretratamiento con MFN antes de la aparición de la lesión sobre el sistema nervioso como factor en el retardo o no necesidad de utilizar KTM. Este es un punto especulativo, pero que podría tener su interés en estudiarse ya que ello podría confirmar

en la clínica lo que Warncke et al. han hallado en el laboratorio y quizás permitiría clasificar un subgrupo de pacientes en que la KTM sería un tratamiento a utilizar de forma más precoz, si no fueron previamente expuestos a MFN.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 02-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

### El litio intratecal reduce las respuestas al dolor neuropático en un modelo murino de neuropatía periférica.

*Shimizu T, Shibata M, Wakisaka S, Inoue T, Mashimo T, Yoshiya I. Intrathecal lithium reduces neuropathic pain responses in a rat model of peripheral neuropathy. Pain 2000;85:59-64*

Los autores probaron la capacidad del litio (Li) en bloquear la hiperalgesia por calor, alodinia por frío, alodinia mecánica e hiperalgesia mecánica en ratas sometidas de forma experimental a una neuropatía periférica dolorosa. Para ello produjeron una lesión por constricción crónica del nervio ciático, lo cual produce una hiperalgesia y alodinia persistente. La inyección intratecal de Li (2,5-40 m mol) en la región de engrosamiento lumbar, redujo de forma dosis dependiente la hiperalgesia por calor, la alodinia por frío y la alodinia mecánica de 2 a 6 horas tras la inyección. Esta maniobra no afectó a la hiperalgesia mecánica. Estos resultados sugerirían que el Li administrado intratecalmente tiene un acción antihiperalgésica más que analgésica. El hecho que la inyección intratecal de mio-inositol revertiera el efecto antihiperalgésico y antialodinia del Li, sugiere que la acción del Li podría llevarse a cabo el sistema intracelular del fosfatidilinositol en las neuronas de la medula espinal.

#### Comentario

El litio se ha utilizado en el tratamiento de diversos procesos, desde los trastornos psiquiátricos bipolares hasta diferentes procesos dolorosos. El presente estudio permite especular en la posible utilidad del Li en el tratamiento del dolor neuropático en humanos. Estos hallazgos también muestran la complejidad, no sólo clínica y terapéutica, sino también fisiopatológica del dolor neuropático.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 03-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

### Diferencias relacionadas con la edad en la evolución de la hiperalgesia inducida por capsaicina.

*Zheng Z, Gibson SJ, Khalil Z, Helme RD, McMeeken JM. Age-related differences in the time course of capsaicin-induced hyperalgesia. Pain 2000;85:51-58*

No se había estudiado en humanos previamente, el efecto de la edad sobre la hiperalgesia, la cual suele ser uno de los signos más comunes de lesión. Para ello, los autores llevaron a cabo un estudio psicofísico en 10 voluntarios sanos jóvenes (26,9± 4,6 años) y 10 voluntarios sanos mayores (79,0± 5,7 años), a los cuales se les aplicaron tópicamente capsaicina (0,1 ml, 5mg/ml.). El parche de capsaicina de 2 cm. de diámetro fue aplicado durante 1 hora. La intensidad de la sensación inducida espontáneamente por la capsaicina, el umbral para el dolor mecánico, el área de eritema y la hiperalgesia al calor y punción se midieron cada hora a lo largo de 3 horas tras la aplicación del parche. El grupo de voluntarios mayores tardó más tiempo en referir el primer dolor. No se halló efecto de la edad en la magnitud de la sensación espontánea, tamaño del eritema, ni en el área de hiperalgesia al calor. El área de hiperalgesia al calor disminuyó de forma rápida en ambos grupos de edad. Por el contrario, el área de la hiperalgesia a la punción y la reducción asociada al umbral del dolor mecánico se mantuvieron en el grupo de mayor edad más allá de las 3 horas, mientras que en los jóvenes se redujo de forma rápida. Los autores concluyen que ante la misma intensidad de un estímulo nociceptivo, tanto los mayores como los jóvenes muestran una magnitud similar de hiperalgesia. A pesar de ello, una vez iniciada, la hiperalgesia a la punción se resuelve con mayor lentitud en las personas mayores. Estos hallazgos pueden indicar la existencia de diferencias relacionadas con la edad en la plasticidad de las neuronas medulares después de una lesión aguda.

#### Comentario

El presente estudio viene a ofrecer una pieza más en el conocimiento de la respuesta de las personas ancianas a los estímulos nociceptivos, indicando una mayor lentitud y una mayor duración de algunos dolores tras algunas lesiones. Este aspecto tiene una relevancia clínica que debería quizás corraoborarse con otros estudios.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 04-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

### Saliva artificial versus chicles en el tratamiento de la sequedad de boca (xerostomía) en pacientes

**con cáncer avanzado.**

*Davies AN. A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patients with advanced cancer. Palliative Medicine 2000; 14: 197-203.*

Se trata de un estudio prospectivo, randomizado, abierto y cruzado comparando una saliva artificial con base de mucina (saliva Orthanaâ ) con un chicle sin azúcar (chicle Freedentâ ) en el tratamiento de la xerostomía de los pacientes de cáncer avanzado. Este trabajo se comenzó en King's College, Universidad de Londres, y se continuó en el St. Christopher's Hospice. El único autor que lo firma presentó este trabajo como tesis de Master en Medicina Paliativa.

La incidencia de xerostomía, definida como sensación subjetiva de sequedad de boca, está presente en el 33% de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos y hasta en el 77% del grupo de pacientes terminales hospitalizados. Aunque las causas de boca seca son múltiples, muy posiblemente la causa más frecuente de xerostomía en estos pacientes sea la medicación utilizada (provoca sequedad de boca morfina, antidepresivos, diuréticos, neurolépticos y antihistamínicos, etc.). La xerostomía puede tratarse con estimulantes de la saliva o con sustitutivos de saliva artificiales (saliva artificial con mucina, saliva artificial con carboxi-metil-celulosa). Los estimulantes que se han utilizado tienen efectos secundarios importantes como la desmineralización de los dientes del ácido málico o del ácido ascórbico, o la estimulación parasimpática generalizada de la pilocarpina. En los estudios realizados hasta ahora, los pacientes prefieren los estimulantes de la saliva (pilocarpina) a los sustitutivos. El chicle, o goma de mascar, es un estimulante de la saliva que no ha sido estudiado en pacientes con cáncer avanzado. Se ha alegado posibles problemas mandibulares y una mala aceptación social de la práctica de mascar. Sí se ha estudiado en otro tipo de pacientes. El incremento de la salivación que se produce con los chicles se debe a la estimulación de quimiorreceptores (de las papilas gustativas) y de mecanorreceptores. Algunos estudios han demostrado que el aumento de salivación es mayor con chicles saborizados, en concreto el 85% del flujo salivar se debería a la estimulación del gusto, el resto a la estimulación mecánica de la masticación.

En este estudio se distribuyó a los pacientes para recibir de modo aleatorio y secuencialmente chicle o saliva artificial durante 5 días, dejando un período libre de 3 días entre ambos. Se utilizaba la saliva artificial en forma de spray recomendando su uso al menos antes de las comidas y antes de acostarse. Se permitió usarlo en cualquier otro momento en el que sintiera sequedad de boca. El chicle se recomendaba para los mismos tiempos, mascando al menos 10 minutos con ambos lados de la boca. Para valorar la eficacia, los efectos secundarios y la satisfacción con el tratamiento se utilizaron escalas analógicas y un cuestionario. Se reclutaron 43 sujetos para el estudio, pero sólo 30 completaron cinco días del primer tratamiento y sólo 26 terminaron las dos fases del estudio.

Las conclusiones de este estudio fueron que tanto la saliva artificial como el chicle son eficaces en el tratamiento de la xerostomía, que ambos productos provocan los mismos y

mínimos efectos secundarios (20-30%: mal sabor, náuseas, disconfort o irritación de la boca) y que los pacientes piensan que puede ser un tratamiento útil. Un 69% de los pacientes prefiere el chicle a la saliva artificial. Entre el 75% y el 85% de los pacientes quiso prolongar el tratamiento después del estudio. Además la saliva artificial puntúa mejor que el chicle en todas las medidas de eficacia. Sin embargo ninguna de las evaluaciones realizadas resultó estadísticamente significativa.

**Comentario**

Se trata de un estudio bien diseñado y con una pregunta interesante detrás: qué producto es mejor para tratar la xerostomía. La cuestión concreta, como tantas veces en el cáncer avanzado, se queda sin respuesta por haberse reclutado un número insuficiente de pacientes para poder observar diferencias significativas. Sin embargo, aunque el trabajo no diga qué producto resulta más favorable, sí tiene la virtud de llamar la atención sobre una causa frecuente de malestar en los pacientes -la boca seca-. También tiene el gran mérito de valorar la eficacia de medidas sencillas (usar un chicle o un spray) y de asegurar con datos que los pacientes dicen que ese tratamiento sí supone una ayuda para su problema de sequedad de boca.

Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 05-09-2000  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

**Despedida de Derek Doyle**

*Doyle D. Au revoir, from Derek Doyle. Support Care Cancer. 2000;8(2):77-79*

El Dr. Derek Doyle se despidió en Ginebra en 1999 de los miembros del International Hospice Institute and College. Su discurso de despedida no fue concebido como una obra de erudición, pero en opinión de los editores de la revista contiene aspectos interesantes, estimulantes e incluso controvertidos.

Doyle opina que "nadie tiene el derecho a esperar la curación...lo que todo el mundo tiene es el derecho fundamental a recibir cuidados paliativos". También nos invita a buscar menos en los demás las causas de que no seamos entendidos, y a definir mejor nuestra actividad. No pierde tampoco la ocasión de recordarnos que los Cuidados Paliativos no tienen el monopolio de la compasión.

Quizás la parte fundamental de su discurso gira alrededor de su preocupación por la aparición en todo el mundo de un grupo de especialistas que justifican su existencia sobre la base de datos y tablas, y no sobre las experiencias profundas que inevitablemente este trabajo conlleva. Su admonición es severa " nosotros no seremos recordados por el número de artículos que hallamos publicado o libros que hayamos editado". Su opinión es que en el equilibrio está la

virtud: "tanto arte como ciencia: tanta ciencia como arte".

### Comentario

Este breve texto constituye un inestimable testimonio del legado de uno de los pioneros del movimiento Hospice y de los Cuidados Paliativos en el mundo. Su influencia constituyó un factor determinante en el nacimiento de la especialidad de Medicina Paliativa en Inglaterra, así como también en la aparición del Oxford Textbook in Palliative Medicine. Todos aquellos que hemos tenido la inmensa fortuna de conocer personalmente al Dr. Doyle recordaremos siempre su sabiduría, disponibilidad, liderazgo y visión de futuro. Su inevitable y progresiva retirada de sus diversos puestos de responsabilidad nos privará de su compañía pero no de sus ideas.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Juan Manuel Nuñez Olarte, 06-09-2000  
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

### Psicofarmacología en el tratamiento de soporte del cáncer: una revisión para el clínico. II. Neurolépticos.

*Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. II. Neuroleptics. Supportive Care in Cancer 2000; 8 (2): 89- 97*

Los fármacos neurolépticos se emplean frecuentemente en pacientes con cáncer avanzado. Los aspectos más relevantes y prácticos de su uso en el tratamiento de soporte del paciente canceroso se revisan en el artículo, como ayuda para su prescripción por oncólogos y especialistas en medicina paliativa. El trabajo revisa propiedades farmacológicas, indicaciones tales como delirium, náusea y vómitos, dolor, ansiedad y otros síntomas, efectos adversos, e interacciones de los neurolépticos, y compara los perfiles de los diferentes fármacos. Se presta especial énfasis al papel de los neurolépticos en el manejo del delirium.

### Comentario

Excelente revisión del tema. A destacar fundamentalmente las tablas con las interacciones con los diferentes receptores de cada uno de los fármacos, así como el manejo de los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Juan Manuel Nuñez Olarte, 07-09-2000  
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

### Caquexia y anorexia: el asesino oculto del cáncer.

*Davis MP, Dickerson D. Cachexia and anorexia: cancer's covert killer. Supportive Care in Cancer 2000; 8 (3): 180-187*

Excelente actualización del tema. A destacar la revisión de la farmacoterapéutica disponible en la actualidad, con una propuesta de escalera para el tratamiento de la caquexia/anorexia cancerosa. Los autores han incluido ensayos claves randomizados controlados tan recientes como de 1999. Especialmente interesante resulta la descripción de los nuevos y prometedores fármacos en fase de investigación: dronabinol (este primero ya consolidado como una eficaz alternativa terapéutica), hormona de crecimiento (GH), agonistas beta2, melatonina, ácido eicosapentanoico y talidomida.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Juan Manuel Nuñez Olarte, 08-09-2000  
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

### Las escalas simples para la evaluación del dolor ocultan complejos significados idiosincráticos.

*Williams AC, Talfryn H, Davies O, Chadury Y. Simple pain rating scales hide complex idiosyncratic meanings. Pain 2000;85:457-463*

El presente estudio explora el uso de las Escalas Visuales Analógicas (EVA) y las Escalas Numéricas (EN) a través de la descripción que hacen los propios pacientes, prestando especial atención en la puntuación cuando hay varios dolores, las diferentes dimensiones del dolor, la interpretación de los puntos de anclaje superior e inferior, así como de los incrementos en los puntos de evaluación. Lo cual se entiende que puede tener implicaciones en la aproximación de las escalas a los requerimientos psicométricos. Se incluyeron de forma voluntaria 78 pacientes con dolor crónico no oncológico (edad media 46 años, tiempo medio de dolor 6,2 años). Los pacientes respondieron un cuestionario dirigido a conocer el uso de las escalas evaluadas de acuerdo a los puntos antes expuestos. Los datos describen la falta de concordancia entre pacientes y la consistencia intra paciente. Las respuestas sugieren que las puntuaciones incorporan múltiples dimensiones del dolor que sólo son parcialmente diferenciadas, con particular importancia de la movilidad o en la función. La descripción hecha por los investigadores de los puntos de anclaje, parecen afectar su uso. La acción de dar una puntuación es

conceptualizada mejor como un intento de darle un significado, el cual es influenciado por una variedad de factores internos y externos, así como de significados propios de cada paciente, más que por la elección o necesidad de ajustar una distancia (EVA) o número (EN) a un estímulo interno.

### Comentario

Aunque la muestra utilizada en el presente estudio dista mucho de ser la habitualmente atendida en cuidados paliativos (CP), ofrece información interesante para comprender que instrumentos tan usuales en CP como las EVA's o las EN's captan no sólo la intensidad del dolor, sino que de hecho traducen el impacto de dicho síntoma ocasiona. Ello más que invalidar su uso, hace que sea especialmente útil, ya que en definitiva lo que pretendemos es disminuir el impacto (mediante maniobras farmacológicas y no farmacológicas) en la percepción del dolor. Ello conlleva la necesidad de explorar todas las fuentes que pueden alterar la percepción del dolor ante pacientes en que sistemáticamente se observe una discrepancia entre la puntuación en la escala y su comportamiento clínico. Sería muy interesante poder reproducir este estudio en una población de pacientes con cáncer avanzado y terminal.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 09-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

### Parejas frente al Cáncer: Diferencias de Rol y de Género en el Distrés Psicológico y la Calidad de Vida.

*Hagedoorn M, Buunk, Kujier RG, Wobbes T, Sanderman R. Couples Dealing with Cancer: Role and Gender Differences Regarding Psychological Distress and Quality of Life. Psycho-oncology 2000 9:232-242*

El objetivo de este estudio es el de profundizar en el conocimiento de las diferencias de género y de rol (paciente vs pareja) en el estrés psicológico y la calidad de vida cuando la pareja se enfrenta a un cáncer. Pidieron a 173 parejas (dos muestras) que estaban haciendo frente a diversas formas de cáncer y a un grupo control de 80 parejas que cumplimentaron el CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) para medir el distrés psicológico y una escala para medir la calidad de vida (Cantril's Ladder).

El análisis de varianza muestra que las mujeres de las parejas con cáncer, tanto si eran pacientes como esposas, percibieron más estrés psicológico y una calidad de vida más baja que las mujeres de las parejas sanas. Para los hombres, el rol que tenían en la pareja influyó en un grado importante. Los pacientes masculinos percibieron un mayor distrés psicológico y calidad de vida más baja que los

controles, mientras que los maridos y los sujetos control no se diferenciaron significativamente. En cuanto a las diferencias en estas dos variables entre hombres y mujeres, se encuentran asociadas específicamente al rol que desempeñan ya que los pacientes masculinos y femeninas no tuvieron diferencias en dichas variables, mientras que las parejas hombres y mujeres sí que lo hicieron.

### Comentario

El cáncer no sólo afecta a la vida de los pacientes, sino también a los que viven cerca, originando en ocasiones una redefinición de normas y roles y un aumento del estrés así como una disminución en el nivel de apoyo disponible para ambos. Numerosos factores contribuyen a este estrés y pueden ser diferentes en función del sexo o del rol.

Tradicionalmente el rol del cuidador se ha asociado más a la mujer, generalmente más orientada a la relación y que puede verse influenciada más intensamente por la condición de su pareja que los hombres.

Este estudio, permite concienciar a los profesionales de que tanto el paciente como en su pareja pueden aparecer síntomas de distress a los que hay que prestar atención.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 11-09-2000  
Clínica Universitaria de Navarra

### Sobrevivir al cáncer: ¿qué quiere decir? Evaluación de una intervención para supervivientes de cancer infantil.

*Eiser CH, Hill JJ, Blacklay A. Surviving Cancer: What does it Mean For You? An Evaluation for Survivors of Childhood Cancer. Psycho-oncology 2000 9:214-220*

Este estudio pretende evaluar una intervención llevada a cabo en la clínica entre los supervivientes de cáncer infantil. Esta intervención está diseñada para mejorar la actitud ante el seguimiento del tratamiento, incrementando la autoeficacia en el cuidado de la salud y para concienciar sobre la posible vulnerabilidad en la salud en el futuro.

263 sujetos de siete unidades de "United Kingdom Children's Cancer Study Group" cumplimentaron los cuestionarios antes y después de la intervención que consistía en un folleto informativo, un resumen del tratamiento y unas hojas separadas de información sobre problemas específicos. Todo ello fue entregado y explicado a los sujetos como parte de su seguimiento rutinario.

Los que respondieron a los cuestionarios tenían una visión más positiva de la importancia del seguimiento y se percibieron a sí mismos como más vulnerables en su salud. Tras la intervención, los sujetos afirmaron estar más preparados para cambiar su comportamiento, haber incrementado su autoeficacia, pero también percibirse a sí mismos como más vulnerables a padecer problemas

futuros.

Los autores concluyen que una intervención de este tipo, es una manera relativamente simple de incrementar la conciencia entre los supervivientes sobre la importancia del seguimiento y la necesidad de vigilar su salud.

## Comentario

La tasa de curación para cánceres pediátricos excede el 60%. Los supervivientes tienen mayor riesgo para desarrollar tumores y complicaciones médicas y neoplásicas. Constituyen una población importante para llevar a cabo intervenciones relacionadas con la salud. Hay pocos estudios sobre las implicaciones sociales de un diagnóstico de cáncer y sobre los comportamientos de los supervivientes y sus preocupaciones.

Es importante desarrollar intervenciones que mejoren el conocimiento de los pacientes sobre el cáncer y sus efectos, promoviendo además la reducción de riesgos y motivando a los supervivientes a que practiquen comportamientos que promuevan la salud. Estos programas parecen ser más efectivos cuando se llevan a cabo en los primeros momentos del tratamiento en los que los pacientes están más receptivos.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 12-09-2000  
Clínica Universitaria de Navarra

## Tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal.

*Sanz Ortiz J, Rivera Herrero F, de Juan Ferré A, Vega Villegas ME. Tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal. Med Clin (Barc) 2000; 114: 302-307*

Son pocos los artículos que revisan el papel del tratamiento oncológico activo en los tumores avanzados. Sin embargo, a numerosos pacientes con cáncer localmente avanzado o metastásico se les recomienda o, sencillamente, se les plantea la posibilidad de recibir quimioterapia o radioterapia asumiendo que la intención de estos tratamientos no es curativa. Los autores se centran en esta cuestión y la introducen mencionando dos problemas importantes: dónde se encuentra la frontera entre la fase potencialmente curativa y la paliativa del cáncer y cómo es la información que recibe el paciente. Posteriormente se realiza una revisión actualizada de la quimioterapia en algunos tumores avanzados. Destaca por su extensión el cáncer de pulmón; posteriormente se hace referencia al cáncer colorrectal y de manera muy escueta a los de páncreas o de próstata. Por último se analizan otras cuestiones que acompañan al tratamiento de estos enfermos: el beneficio clínico expresado como respuesta o como estabilización de la enfermedad, la indicación de segundas y sucesivas líneas de

tratamiento, la información y la dependencia psicológica que las esperanzas en el tratamiento generan en el enfermo respecto, o la indicación de la reanimación cardiopulmonar en los enfermos oncológicos.

## Comentario

Se presentan resultados de ensayos comparativos aleatorizados y de metaanálisis en los que se aprecia una discreta mejoría en la supervivencia (meses) gracias a la quimioterapia en algunos cánceres avanzados (pulmón, colon o páncreas) que se asocia a un beneficio sintomático o a un retraso en la aparición de síntomas. Estos datos, en conjunto, son esperanzadores y han modificado en los últimos años lo que se considera tratamiento estándar en algunos tumores. A la hora de aplicar los resultados de estos ensayos al conjunto de los enfermos oncológicos se insiste en un criterio básico como es la selección de pacientes: aplicar estos tratamientos a enfermos con un estado general y un nivel de información (sobre su enfermedad y sobre el propio tratamiento) suficientes permite optimizar el beneficio terapéutico.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 10-09-2000  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

## Factores predictivos de fallecimiento en domicilio en pacientes oncológicos paliativos.

*Cantwell P, Turco S, Brenneis C, Neumann CM, Bruera E. Journal of Palliative Care 16:1/2000;23-28*

Predictors of home death in palliative care cancer patients. Patricia Cantwell, Sally Turco, Carleen Brenneis, Catherine M. Neumann, Eduardo Bruera. Journal of Palliative Care 16:1/2000;23-28.

La tendencia reciente en los cuidados de salud es promover la atención domiciliar de los enfermos crónicos, incluyendo el soporte suficiente para favorecer la muerte en domicilio de los enfermos paliativos. Sin embargo y dado que la muerte en domicilio de estos enfermos no siempre es factible o deseable, los autores destacan la necesidad de disponer de un instrumento de valoración de su viabilidad en función de cada situación familiar.

La propuesta de este estudio fue estudiar los factores predictivos del fallecimiento domiciliario en una cohorte de enfermos oncológicos avanzados en curso de tratamiento paliativo.

Basándose en los datos de estudios previos y de la experiencia de los autores se diseñó un cuestionario de 5 apartados. El primer apartado valoró el deseo del enfermo de fallecer en su domicilio y la disposición del cuidador para facilitar este deseo, mediante dos escalas numéricas. En el

segundo apartado se estableció la disponibilidad del médico de cabecera para cuidar al enfermo en su domicilio hasta su fallecimiento. Se solicitó directamente al médico de cabecera una respuesta afirmativa o negativa a tres preguntas cerradas (soporte hasta el fallecimiento, visita a domicilio y disponibilidad frente a una llamada). En el tercer apartado se valoraron las condiciones físicas del domicilio y los recursos económicos del enfermo. El cuarto apartado se estableció como una pregunta abierta para que el enfermo y sus cuidadores pudieran expresar libremente sus temores y preocupaciones. En el quinto apartado se registró el número de cuidadores, su edad, estado de salud y disponibilidad para el cuidado del enfermo.

El cuestionario se estudió de forma prospectiva en una cohorte de enfermos oncológicos avanzados bajo control por equipos de atención domiciliaria. Se reclutaron 90 enfermos con una respuesta del 100%. Fueron evaluables para su análisis 73 cuestionarios. Las pérdidas se debieron a que 13 enfermos permanecían vivos en el momento del análisis y 6 por respuestas incompletas. Todos los enfermos presentaban neoplasia avanzada, el 52% fueron mujeres y la edad media fue 68 años.

De los 73 enfermos el 47% falleció en domicilio y el 53% hospitalizados. El 56% de los enfermos manifestaron el deseo de morir en su domicilio (escala con un nivel  $\leq 2$  sobre 7). De estos enfermos el 34% fallecieron finalmente en el hospital y el 66% se cumplió su deseo. El 80% de los enfermos que no deseaban morir en el domicilio fallecieron en el hospital. En la comparación de proporciones mediante análisis chi-cuadrado los factores que se mostraron significativos ( $p < 0.002$ ) fueron el deseo del paciente y del cuidador, el soporte del médico de familia y la presencia de más de un cuidador. En la determinación del "odds ratio" mediante un análisis de regresión logística, el factor predictivo de mayor intensidad fue el deseo del paciente, seguido de la presencia de más de un cuidador. El soporte del médico de familia no alcanzó el nivel de significación como factor predictivo. Sin embargo y como dato interesante, de los únicos 9 pacientes que no dispusieron de soporte por el médico de familia el 100% fallecieron en el hospital. El valor predictivo del deseo de fallecer en domicilio fue del 88%, mostrando una sensibilidad del 74% y una especificidad del 92%.

La conclusión fue que el deseo del enfermo y del cuidador de fallecer en domicilio es el factor predictivo más importante. El cuestionario HDTA (Home Death Assessment Tool) puede ser un buen instrumento de evaluación para determinar la probabilidad de muerte en domicilio, así como facilita una guía de diálogo entre el equipo asistencial, el enfermo y su familia.

### Comentario

El cuestionario basado en datos bibliográficos y en la experiencia de los autores refleja los elementos que tradicionalmente se consideran como determinantes en el resultado de muerte en domicilio. El aspecto más destacado del cuestionario es la determinación, mediante una escala numérica entre 1 y 7, del deseo de fallecimiento en domicilio asumido como un valor subjetivo que no depende en muchas ocasiones de otros aspectos susceptibles de medidas cuantitativas. La población del estudio es muy uniforme, sin embargo la característica de

estar en todos los casos bajo control por un equipo domiciliario especializado y la alta prestación sanitaria por los servicios de atención primaria hacen que los resultados no sean totalmente extrapolables a otras regiones donde no existen estas condiciones.

En los resultados destaca la intensidad del deseo como factor predictivo más importante. La pregunta que sugiere el análisis de los datos y que no está registrada, dado que no era el objetivo del estudio, es: ¿qué factores influyeron en el 34% de los enfermos que deseaban fallecer en domicilio y que finalmente murieron hospitalizados?. Hubiera sido interesante registrar los siguientes factores como posibles determinantes del incumplimiento del deseo: cambio de criterio del enfermo o de los cuidadores, complejidad de los síntomas, complicaciones agudas y claudicación de los cuidadores.

Medir el deseo permite valorar de forma global los aspectos que probablemente son determinantes de éste (información sobre la enfermedad, comprensión de la situación sintomática y funcional, capacidad de reacción frente a los cambios, confianza en los equipos asistenciales, adaptación emocional y soporte familiar). Según el resultado del estudio y en la muestra analizada, el resto de factores relacionados con los recursos prácticos propios y asistenciales son facilitadores del deseo pero no determinantes de éste.

La aplicabilidad concreta del cuestionario en nuestro medio puede estar limitada por varios motivos. En primer lugar la alta incidencia de información incompleta y de conspiración de silencio por parte de la familia impiden en muchas ocasiones hablar explícitamente de la muerte. En segundo lugar la prestación sanitaria en algunas de nuestras regiones no siempre es tan amplia como la expresada en el estudio.

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Albert Tuca i Rodríguez, 13-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

### Cuidado domiciliario versus ingreso en "Hospice": Características de los pacientes al alta en un hospital de agudos.

*Faisinger RL, Demoissac D, Cole J, Mead-Wood K, Lee E. Home versus Hospice Inpatient Care: Discharge Characteristics of Palliative Care Patients in an Acute Care Hospital. Journal of Palliative Care 16:1/2000, 29-34*

Estudio prospectivo para identificar los factores que ayudan o impiden el alta domiciliaria en 100 pacientes consecutivos que no requirieron atención paliativa especializada adicional. Se recogió información sobre aspectos demográficos, sobre capacidad funcional (usando el Palliative Performance Scale -PPS- y el índice de Karnofsky -KPS-), estado cognitivo en el alta medido por el Mini-Mental State Examination (MMSE), características del soporte domiciliario y la preferencia del paciente y su familia.

De los pacientes estudiados 59 fueron dados de alta a

domicilio y 41 fueron trasladados a un "Hospice". Comparando los dos grupos se observaron diferencias significativas en: la edad media; los enfermos casados frente a los solteros, divorciados o viudos; la capacidad funcional; y el estado cognitivo. De forma que los enfermos más jóvenes (edad media 64 versus 75 años), casados, con mejor estado cognitivo y funcional tuvieron más probabilidad de ser dados de alta a domicilio. En el 76% de los pacientes y en el 90% de las familias se respetó su preferencia de alta. De los pacientes que fueron ingresados en el "hospice", el 24% de los pacientes y el 7% de las familias hubieran preferido el alta a domicilio. Se detectó que de los enfermos ingresados en el "hospice", 13 hubieran podido volver a su casa con un mayor soporte asistencial. Los autores concluyen que para favorecer el control del enfermo en el medio que él y su familia decidan es necesario aumentar los recursos de soporte domiciliario.

### Comentario

Este estudio confirma la impresión que tenemos los profesionales de Cuidados Paliativos. La probabilidad de que los enfermos mayores, con cuidadores mayores, con deterioro cognitivo y funcional sean cuidados en su medio habitual, el domicilio, es baja.

Los datos expuestos sugieren diferentes reflexiones. Un 32% de los enfermos ingresados en el "Hospice" hubieran podido permanecer en su domicilio, a juicio del equipo asistencial, en el caso de disponer de un soporte domiciliario adecuado. Probablemente algunos de éstos enfermos son aquellos que estando ingresados en el "Hospice" manifestaron el deseo de ser cuidados en su casa. Otro punto interesante es la discrepancia en el deseo del alta domiciliaria entre el enfermo y su familia en los enfermos ingresados en el "Hospice". ¿A qué se debe esta discrepancia?. ¿Se debe al agotamiento, al miedo a las complicaciones, a la falta de confianza en la respuesta sanitaria o a una deficiencia en los recursos prácticos, por parte de la familia?. ¿Se debe a una sobreestimación de las posibilidades reales de cuidado por parte del enfermo?. ¿Cómo se debe tratar esta discrepancia?.

Otro punto interesante es que el 28% de los enfermos deben de ingresar en un "Hospice" incluso teniendo las mejores prestaciones asistenciales a domicilio (41 enfermos ingresados menos 13 que en condiciones óptimas hubieran podido estar en su domicilio). Si pensamos en la realidad sanitaria de nuestro medio donde en muchas zonas los centros sociosanitarios son escasos, aparece una nueva pregunta. ¿Qué pasa con este hipotético 28 % de enfermos que por su condición física, funcional, cognitiva y familiar cumplen con los criterios de ingreso pero en el área donde viven no existen suficientes recursos?. Probablemente viven una situación domiciliaria difícil y precaria, no acorde con sus deseos ni con las condiciones físicas y funcionales reales del enfermo y su familia. En muchas ocasiones esta situación conduce al enfermo a acudir a los servicios de urgencias cuando existen agudizaciones sintomáticas o a ingresos múltiples en unidades de hospitalización de agudos.

Considerando los datos del estudio y coincidiendo con la conclusión de los autores, se debería entender como una prioridad sanitaria ajustar al máximo los recursos sociosanitarios (domiciliarios o unidades de ingreso) a las

necesidades reales de estos enfermos. Sólo de esta forma podemos aumentar la confianza del enfermo y su familia que permita el deseo de ser cuidado en su casa y de cumplir este deseo. Así mismo y en caso contrario, el sentir que existe la posibilidad de ingreso en unidades sociosanitarias también puede aumentar esta confianza cuando la situación física, cognitiva y familiar pueda contraindicar el cuidado domiciliario.

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Albert Tuca i Rodríguez, 14-09-2000  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).