

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**30ª Entrega. Julio 2007**

# INDICE

Articulo	Pag.
Tratamiento sintomático de la disnea con opioides fuertes y su efecto en la ventilación en enfermos en Cuidados Paliativos.	1
Estudio en fase III que evalúa el dextrometorfano en combinación con morfina de liberación lenta en el alivio del dolor crónico oncológico en enfermos en situación terminal.	1
Importancia farmacológica de el citocromo PCYP3A4 en el control de síntomas: revisión y recomendaciones para evitar las interacciones medicamentosas adversas.	2
Impacto de un equipo de soporte de Cuidados Paliativos en la evaluación de síntomas y el ajuste de medicamentos en pacientes ingresados en un centro oncológico.	2
La imposición de manos mejora la sensación de bienestar de los pacientes con cáncer avanzado.	2
Sufriendo con cáncer avanzado.	3
Prácticas en el final de la vida en Holanda con la normativa legal de la eutanasia.	3
Regulación legal del suicidio asistido: los últimos informes.	4
Vivir un tiempo prestado: experiencias en Cuidados Paliativos.	4
Cifoplastia con balón en metástasis vertebrales por cáncer de mama a varios niveles.	5
Agrupaciones de síntomas en enfermos oncológicos y su relación con la modulación del eje circadiano del ligando del EGFR.	5
Apoyo en el duelo a los cuidadores de enfermos con atención paliativa en España.	6
Dolor irruptivo en pacientes con dolor neuropático y tratados con opioides mayores.	6
Deseo de que la muerte llegue pronto en pacientes con cáncer metastático.	7
El empleo de metilfenidato descrito por los médicos en las Unidades de Cuidados Paliativos de Japón.	7
Comunicación: la emergencia olvidada en cuidados paliativos.	8
Tratamiento opioide y riesgo longitudinal de delirium en pacientes oncológicos ingresados.	8
La percepción de la percepción.	9
Estudio prospectivo y randomizado sobre el uso de corticoides como tratamiento adyuvante a los opioides en pacientes oncológicos avanzados.	10
Prevalencia de dolor en pacientes oncológicos: una revisión sistemática de los pasados 40 años.	10
Titulación de opioides en dolor oncológico: una revisión crítica.	11

**Tratamiento sintomático de la disnea con opioides fuertes y su efecto en la ventilación en enfermos en Cuidados Paliativos.**

*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.*

Los autores analizan los datos prospectivos del tratamiento secuencial con oxígeno y opioides de once pacientes con disnea, diez oncológicos y uno con ELA, ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos. Ninguno refería antecedentes de bronconeumopatía crónica obstructiva y, antes de iniciar el estudio, tampoco había nadie que recibiera oxígeno, corticoides u otros fármacos dirigidos a paliar la disnea. Dos de los enfermos presentaban de inicio una saturación de oxígeno inferior al 90%; la pCO<sub>2</sub> media fue de 39 (límites: 24-56). Cinco referían disnea severa (7 a 10 en una escala numérica 0-10), cuatro disnea moderada (4 a 6) y dos disnea leve (1 a 3). La intensidad media de la disnea fue 5,4 en reposo y 7,5 cuando se mantenía una cierta actividad. Se encontró una clara correlación ( $r = 0,95$ ) entre la intensidad de la disnea y de la ansiedad. En todos se analizó el impacto del empleo inicial únicamente de oxigenoterapia nasal y de la posterior administración tan sólo de opioides orales, morfina en ocho enfermos e hidromorfona en el tres, en dosis adaptadas a la intensidad de la disnea y al estado general del paciente. La dosis media equivalente de morfina oral fue de 10 mg cada 4 horas. La administración de oxígeno se tradujo en una reducción leve de la intensidad media de la disnea en reposo (0,4;  $p=0,04$ ) y con cierta actividad (0,5;  $p=0,02$ ). Con los opioides esta reducción fue más evidente tanto en reposo (4,5;  $p=0,007$ ) como en actividad (4,1;  $p=0,003$ ). Esta misma tendencia se apreció en la intensidad de la ansiedad. Con los opioides se encontró también una disminución de la frecuencia respiratoria. De una media de 42 respiraciones por minuto de inicio se pasó a 36 a los 30 minutos y 26 al cabo de 90 minutos. El resto de los parámetros (saturación de oxígeno, pCO<sub>2</sub> y pulso) no mostraron cambios significativos.

**Comentario**

Los opioides son un tratamiento paliativo eficaz de la disnea. Pero siempre ha habido mucha prevención respecto a la posible depresión respiratoria que pudieran inducir. Los datos de este estudio sugieren que en enfermos con una saturación de oxígeno y una pCO<sub>2</sub> dentro de límites aceptables, la administración de oxígeno tiene un impacto muy limitado. Sin embargo, el empleo en estos pacientes de opioides por vía oral (y, por tanto, de efecto relativamente lento) se traduce en una mejoría relevante de la disnea sin que los parámetros que miden la función respiratoria hagan sospechar que se corran riesgos en relación con la función respiratoria.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 17-04-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Estudio en fase III que evalúa el dextrometorfano en combinación con morfina de liberación lenta en el alivio del dolor crónico oncológico en enfermos en situación terminal.**

*Dudgeon DJ, Bruera E, Gagnon B, Watanabe SM, Allan SJ, Warr DG, et al. A phase III randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating dextromethorphan plus slow-release morphine for chronic cancer pain relief in terminally ill patients. J Pain Symptom Manage. 2007; 33: 365-71.*

Se ha sugerido que el dextrometorfano (un fármaco antitusígeno de uso común) puede potenciar la analgesia opioide y tener un efecto modulador de la tolerancia a estos fármacos en pacientes con dolor oncológico. Para valorar este posible efecto se incluyeron pacientes con dolor crónico oncológico que habían alcanzado una analgesia aceptable (intensidad del dolor  $<6/10$ ) con morfina de liberación lenta (mediana de dosis diaria: 45 mg). A los 65 enfermos se les distribuyó de manera, con un sistema de asignación doble ciego, a recibir durante 14 días dextrometorfano (60 a 120 mg cada 6 horas) o placebo junto con la morfina. El promedio de la intensidad del dolor (EVA 0-10) en el grupo con dextrometorfano fue similar al de placebo (1,3 vs. 1,6;  $p=0,33$ ), al igual que el número total de dosis de rescate (5,6 vs. 8,8;  $p=0,21$ ) o el incremento proporcional de la dosis de morfina (5% vs. 7%;  $p=0,35$ ). Los resultados referidos al subgrupo de enfermos con dolor neuropático no mostraron una tendencia diferente. Tampoco se encontraron diferencias relevantes en la intensidad (EVA 0-10) de los efectos secundarios (náuseas, mareo, insomnio). La proporción de pacientes que completaron las dos semanas del estudio fue menor con dextrometorfano (58% vs. 75%;  $p=0,1$ ).

**Comentario**

Aunque había datos previos (JPSM 2000) que sugerían un cierto beneficio con la combinación de dextrometorfano y opioides, estos resultados no parecen respaldarlos. Aunque el número de pacientes y el diseño del estudio no niegan una cierta eficacia, sí que descartan que el efecto tenga un impacto clínico relevante. Y como suele suceder en Medicina, asociar un fármaco supone asociar los posibles efectos secundarios de ese fármaco. Y si ese medicamento no consigue probar con claridad su eficacia, como sucede con el dextrometorfano, lo más prudente es evitarlo y así obviar también sus posibles efectos secundarios.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 23-04-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Importancia farmacológica de el citocromo PCYP3A4 en el control de síntomas: revisión y recomendaciones para evitar las interacciones medicamentosas adversas.**

*Haddad A, Davis M and Lagman R. The pharmacological importance of cytochrome PCYP3A4 in the palliation of symptoms: review and recommendations for avoiding adverse drug interactions. Supportive Care Cancer. 2007;15:251-57.*

Se trata de una revisión muy interesante en la que se destacan los mecanismos bioquímicos que intervienen en las interacciones medicamentosas de las principales drogas utilizadas en Cuidados Paliativos. Los fármacos analizados en más detalle son: haloperidol, benzodiacepinas, metadona, antimicóticos, antibióticos, antidepresivos y corticoides. En todos los casos se ofrecen fármacos alternativos que disminuyan el riesgo de interacción.

#### **Comentario**

Se trata de un trabajo serio y metódico de muy recomendable lectura para los profesionales de Cuidados Paliativos.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 02-05-2007  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Impacto de un equipo de soporte de Cuidados Paliativos en la evaluación de síntomas y el ajuste de medicamentos en pacientes ingresados en un centro oncológico.**

*Yennurajalingam S, Zhang T and Bruera E. The impact of the palliative care mobile team on symptom assessment and medication profiles in patients admitted to a comprehensive cancer center. Supportive Care Cancer 2007;15:471-475.*

Este artículo analiza el trabajo de un equipo de soporte en Cuidados Paliativos en un centro terciario, especializado en cáncer. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de tumor, Evaluación de síntomas según ESAS, presencia de otros síntomas como: estreñimiento, confusión, alucinaciones y xerostomía. Duración de la estancia, tiempo entre el ingreso y la solicitud de intervención, tiempo entre la intervención y el alta y cambios en el tratamiento.

Se trata de un trabajo descriptivo retrospectivo que incluye 100 pacientes consecutivos. Entre los resultados vale la pena destacar que los síntomas más frecuentes (con una EVA>3) fueron: astenia, náuseas, anorexia, disnea, insomnio, ansiedad, somnolencia y dolor.

La mediana de tiempo entre el ingreso y la solicitud de intervención fue de 2 días (0-28), la mediana de estancia fue de 7 días (0-36) y la mediana de tiempo entre la intervención y el alta de 4 (0-35).

Las intervenciones más destacadas se centran en: aumento de dosis opiode, aumento de dosis de laxantes, cambio de opiode y aumento o cambio de neurolépticos.

#### **Comentario**

Es un trabajo descriptivo sencillo pero contundente donde se ve reflejada la dura tarea de los equipos de soporte hospitalario. Existen muy pocos trabajos de estas características publicados en nuestro medio.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 02-05-2007  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **La imposición de manos mejora la sensación de bienestar de los pacientes con cáncer avanzado.**

*Pohl G, Seeman H, Zojer N, Ochsner C, Luhan C, Schemper M et al. "Laying on of the hands" improves well-being in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2007; 15:143-151.*

Se trata de un trabajo muy interesante ya que introduce el método científico en la evaluación de una técnica que pertenece al ámbito de las medicinas complementarias.

El objetivo del trabajo es evaluar los efectos de la imposición de manos en la sensación de bienestar de los pacientes con cáncer avanzado. Para ello incluyen 80 pacientes que randomizan en dos grupos de 40 individuos de características similares. Un grupo recibe las sesiones de imposición de manos de una persona con capacidad terapéutica y el otro de manos de un actor la evaluación de resultados se realiza los días 1 (antes de la intervención)-3-5 (después de la intervención)-10 (tras 5 días del último tratamiento) de seguimiento.

El trabajo no se puede concluir según los objetivos iniciales porque el terapeuta violó el protocolo (revelando su identidad y ofreciendo unos vídeos a los miembros de su grupo). Pese a ello los autores completaron el trabajo con el grupo del actor y llegan a algunos resultados:

No existen diferencias significativas entre el terapeuta y el actor en las evaluaciones de los días 3 y 5. Los pacientes del grupo del actor presentan mejoría de su bienestar en el día 10. Los síntomas que mejoran tras la intervención son: dolor, depresión, relajación, paz interior y sensación de bienestar. Los síntomas que no mejoran son: náuseas, ansiedad, disnea, actividad y apetito.

**Comentario**

Muchas veces hemos dicho que las medicinas complementarias no se ajustan al método científico, éste es un buen ejemplo de que, pese a las dificultades, podemos diseñar estudios para valorar su eficacia. Tal vez lo más difícil es interpretar los resultados.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 02-05-2007  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Sufriendo con cáncer avanzado.**

*Wilson GK, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S et al. Suffering with advanced cancer. J Clin Oncol. 2007;25(13):1691-7.*

**Objetivos.** Investigar sobre el constructo: sufrimiento, en pacientes con cáncer avanzado y analizar las causas y sus relaciones.

**Pacientes y métodos.** Se analizaron las entrevistas semiestructuradas obtenidas de 381 pacientes, donde se abordaban aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Asimismo se realizó la pregunta: ¿en sentido general, sientes que estás sufriendo?

**Resultados.** Casi la mitad de los pacientes (49,3%) no tenían percepción de sufrimiento, y una cuarta parte manifestaban un sufrimiento sólo leve. Las variables que más se correlacionaron con el sufrimiento fueron: El malestar general, la debilidad, el dolor y la depresión. En el análisis de regresión los problemas físicos, psicológicos y existenciales contribuyeron a la predicción del sufrimiento, pero no los aspectos sociales.

**Conclusión.** Muchos pacientes con cáncer avanzado no consideran que sufren. Para aquéllos que sí sufren, este constructo representa una experiencia multidimensional relacionada más estrechamente con los problemas físicos, contribuyendo a ello los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

**Comentario**

Llama la atención el gran porcentaje de enfermos que consideran que no sufren, aunque como bien apuntan los autores hay sesgos que pueden aumentar este porcentaje:

1. En primer lugar, dentro de los criterios de inclusión marcan una expectativa de vida mayor de seis meses. 2. No han de tener deterioro cognitivo. 3. Han de tener la posibilidad de ser atendido por un recurso específico.

Todo ello hace poner en entredicho la validez externa en nuestro contexto.

Los grupos que se encuentran con mayor riesgo de sufrimiento son: Los pacientes jóvenes, y el estrato social con mayor capacidad adquisitiva. Son los problemas físicos

los que más se relacionan con la percepción de sufrimiento, y sigue siendo el dolor el más temido, aun a sabiendas de los avances analgésicos que hemos ido observando en las últimas décadas.

Aunque no era el objetivo del estudio, se ve como casi la mitad de los pacientes con alto nivel de sufrimiento reúnen criterios (DSM-IV) para un trastorno de ansiedad o depresión, en comparación con menos del 15% de los pacientes con bajo nivel de sufrimiento. Una de las principales conclusiones que se pueden extraer, es que el hecho de que casi un 50% de los pacientes, pese a tener un cáncer avanzado no sufre, es un dato a tener en cuenta en el counselling con los pacientes en fase terminal.

Otras revistas

**Revisor:** Miguel Ángel Cuervo Pinna, 04-05-2007  
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

**Prácticas en el final de la vida en Holanda con la normativa legal de la eutanasia.**

*van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. N Engl J Med 2007; 356: 1957-65.*

En 2002 entró en vigor en Holanda la ley que permite al médico atender la solicitud del paciente con sufrimiento insoportable que pide que se dé fin a su vida. De manera similar a años anteriores, en 2005 se envió un cuestionario a los médicos holandeses que atendieron los 6860 casos en que se pudo entender que, de alguna manera, se había facilitado el fallecimiento del paciente. Se les preguntaba sobre si se habían omitido medidas terapéuticas o se habían intensificado los tratamientos para controlar los síntomas sabiendo que así se podría acortar la vida del paciente y si se habían omitido tratamientos o se habían administrado fármacos con la intención explícita de acortar la vida. Los datos permiten estimar que el 1,7% de todas las muertes se provocaron mediante eutanasia y el 0,1% mediante suicidio asistido; en 2001 estas cifras habían sido 2,6% y 0,2%, respectivamente. El 0,4% de todos los fallecimientos fueron muertes provocadas sin que el paciente lo solicitara. En el 74% de los casos de eutanasia y suicidio asistido se emplearon relajantes musculares o barbitúricos y en el 16% opioides. Se empleó sedación asociada a la retirada de medidas de soporte en el 7,1% de las muertes en 2005, en comparación con 5,6% de 2001. El perfil del paciente en que se plantearon tanto la eutanasia como la sedación terminal fue el de un varón con diagnóstico de cáncer de edad inferior a 65 años. La práctica de la eutanasia en la mayor parte de los casos corrió a cargo del médico de cabecera. La mediana de tiempo que los médicos estiman que se adelantó el fallecimiento en los casos de eutanasia y suicidio asistido fue de una semana. El dato que se asociaba con más fuerza al hecho de que los médicos plantearan la práctica como eutanasia o suicidio asistido era el empleo de miorrelajantes o barbitúricos en vez de opioides.

**Comentario**

Los datos son realmente interesantes. Por una parte, nos enseñan cuál es la epidemiología y el perfil de la práctica de la eutanasia en un país en que esta práctica se considera legal. Por otra, plantean la posibilidad de que la cultura de los Cuidados Paliativos pudiera facilitar que la práctica de la eutanasia pierda sentido. De hecho, parece apreciarse que en los últimos cinco años la incidencia de la eutanasia se reduce el 1%, una cifra similar a lo que crece lo que se considera sedación terminal. Sin embargo, este dato hay que valorarlo con prudencia. Primero, porque es sólo una estimación temporal, no una tendencia mantenida. Y segundo, porque la experiencia cercana nos muestra que el concepto de sedación terminal se presta interpretaciones ambiguas y que puede cobijar prácticas dirigidas abiertamente a facilitar el fallecimiento mientras se da la imagen de que el objetivo es aliviar a un enfermo sin salidas.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 16-05-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Regulación legal del suicidio asistido: los últimos informes.**

*Quill TE. Legal regulation of physician-assisted death - the latest report cards. N Engl J Med. 2007; 356: 1911-3.*

El autor, en este artículo de comentario, glosa inicialmente los datos publicados en la revista sobre la eutanasia en Holanda para en un segundo paso hacer alusión a los de suicidio asistido en Oregon (USA), donde está admitido legalmente. Oregon es un estado con una población que no alcanza los cuatro millones de habitantes y en el que cerca de 40 fallecimientos al año, es decir, aproximadamente uno de cada mil, que se provocan mediante suicidio asistido, a pesar de que los pacientes que de alguna manera se lo plantean a su médico puede ser diez veces mayor. El perfil del paciente que solicita este suicidio asistido es el de un varón de raza blanca, con un nivel de educación elevado, con algún tipo de cuidado paliativo y, principalmente, preocupado por la pérdida de autonomía, de dignidad y de las funciones corporales y por el sufrimiento provocado por los posibles síntomas refractarios. Llama la atención que a lo largo de los años se ha mantenido que uno de cada tres pacientes en los que se indica la medicación para provocar su muerte no llega a fallecer por esta causa. El autor también destaca que en Oregon la implantación del suicidio asistido se ha asociado a una mayor implantación de los cuidados paliativos.

**Comentario**

El caso de Oregon es interesante. Permite estimar que en un ambiente en que se ofrece la posibilidad de provocar el fallecimiento se puede llegar a que una de cada mil muertes sea provocada. Además, el motivo no sería el sufrimiento real y presente por los síntomas de la enfermedad, sino las pérdidas que provoca la enfermedad avanzada en una persona que no admite su situación y busca salidas: no poder mantener el tipo de vida que se venía realizando, tener que depender de alguien, no controlar las excretas... Y cuando la vía legal lo permite y un médico colabora este impacto emocional lleva a la muerte provocada mediante suicidio asistido. El autor de este trabajo ha publicado otros sobre cuestiones bioéticas. En uno de ellos, tras dar la imagen de un profesional comprometido con los Cuidados Paliativos, reconoce que ha ayudado a algunos pacientes a poner fin a sus vidas, a veces abiertamente, a veces en secreto (NEJM 2005;352:1632). Intenta justificarlo sobre la base de que "hay casos difíciles y que los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de ayudar a los pacientes a encontrar respuestas aceptables al sufrimiento que no responde al tratamiento". En este planteamiento el fin (el alivio) justifica los medios (provocar la muerte en algunos casos). Es decir, el compromiso es que el paciente esté siempre tan aliviado como desee. Y si se estima (por parte del paciente, del médico o de ambos) que la única manera de garantizarlo es provocar el fallecimiento, entonces estaría justificado. Y no sólo justificado, sino que pasaría a ser la referencia de la buena práctica médica...

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 17-05-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Vivir un tiempo prestado: experiencias en Cuidados Paliativos.**

*Groot MM, Derksen EW, Crul BJ, Grol RP, Vernooij-Dassen MJ. Living on borrowed time: experiences in palliative care. Patient Educ Couns. 2007; 65: 381-6.*

Se presenta un estudio cualitativo elaborado a partir de una entrevista semiestructurada con una paciente con cáncer de colon avanzado que ha decidido no recibir más quimioterapia y su marido. Ambos entienden que están viviendo un tiempo que se podría llamar "prestado" ya que en su caso se han superado las expectativas de supervivencia que cabría esperar. Esto se debe a que, tras una fase de progresión y complicaciones, la enfermedad ha pasado de manera inesperada a comportarse de un modo más indolente. La entrevista, que fue inicialmente grabada y luego transcrita, se prolongó durante cerca de dos horas y media. El guión cubría aspectos como la experiencia vivida, la nueva situación, las perspectivas de futuro, las estrategias de apoyo, las variables que se hacen más relevantes o las despedidas. Se identificaron tres temas principales. El primero es el cambio en el modo de ver y de valorar los signos y los síntomas ya que cualquier complicación o

cualquier fenómeno se asocia a una gran ansiedad porque se entiende que puede ser la señal de lo irreversible. El segundo es una visión diferente y más incierta del futuro, marcado por el fenómeno de la espada de Damocles. Y el tercero, un planteamiento nuevo de la escala de valores, que se adapta a las limitaciones y que da más valor a las cosas pequeñas.

### Comentario

El estudio está limitado porque sólo se analizan los datos de una paciente y de su pareja. Y, aunque marca una pauta de referencia, queda abierto a trabajos ulteriores que complementen y perfilen los resultados. Aun así los datos son interesantes y, de alguna manera, plasman algo que es una evidencia en el día a día. Este enfermo que sabe que está viviendo, como en los partidos de fútbol, un "tiempo de prolongación" por encima del estipulado, es como el paradigma de los pacientes oncológicos avanzados que tienen conciencia de su situación y de sus expectativas. Por eso, sus reacciones y sus planteamientos nos resultan familiares: la angustia ante las complicaciones, la inmediatez en el planteamiento del futuro o ese cambio en el planteamiento vital que hace que se dé valor a cosas que antes casi ni se tenían en cuenta. Y tener acceso formal a estos datos nos permite acercarnos a estos pacientes de un modo más empático ya que, de alguna manera, tenemos una percepción más clara de su vivencia interior.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 19-05-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Cifoplastia con balón en metástasis vertebrales por cáncer de mama a varios niveles.

*Alberico RA. Balloon kyphoplasty for multilevel spinal metastases from breast cancer. J Support Oncol. 2007; 5:243-6.*

A propósito del caso de una paciente con cáncer de mama y afectación ósea en varias vértebras que fue tratada radioterapia local y cifoplastia con balón, el autor repasa las características de este tipo de tratamiento de cifoplastia en metástasis vertebrales. En esta técnica, que se realiza con la ayuda de fluoroscopia, antes de realizar la inyección de cemento propia de la vertebroplastia se crea una cavidad en el hueso, en la que se introduce ese cemento. Este balón permite reducir la fractura y ampliar la altura de la vértebra. En ocasiones se inyecta una cantidad pequeña de polimetilmetacrilato para endurecer el contorno de la cavidad creada por el balón y reducir el riesgo de pérdida de cemento en un hueso lítico. Esta cavidad permite determinar con más precisión el volumen de cemento que hay que inyectar a la vez que reduce el riesgo de extravasación de que se extravase cuando se introduce. Esta técnica se puede realizar en varias vértebras y una vez realizada lo

que se consigue es que se restaure la integridad y la estabilidad del hueso y que se recupere la movilidad junto con un alivio casi inmediato del dolor.

### Comentario

La cifoplastia con balón ha alcanzado el ámbito de las metástasis óseas tras haberse empleado con éxito en otras patologías del hueso no tumorales. Y la publicación de este trabajo muestra que las técnicas poco agresivas que han aparecido recientemente para el tratamiento local de las metástasis óseas (vertebroplastia, radiofrecuencia...) están evolucionando y, de alguna manera, se van perfeccionando para cumplir mejor sus objetivos. Tal vez con el paso del tiempo llegue a ser accesibles para un número mayor de pacientes y sean una opción más que se pueda añadir a la radioterapia que es el tratamiento local más común.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 27-05-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Agrupaciones de síntomas en enfermos oncológicos y su relación con la modulación del eje circadiano del ligando del EGFR.

*Rich TA. Symptom clusters in cancer patients and their relation to EGFR ligand modulation of the circadian axis. J Support Oncol. 2007; 5: 167-74.*

El reloj interior que rige el ritmo circadiano transmite sus impulsos a través de una red de conexiones hipotálamicas que modulan variables como el sueño, el nivel de conciencia y la alimentación. La relación entre este reloj y los centros del hipotálamo está mediada por sustancias capaces de unirse al receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) como el TGF-alfa, que inhibe las señales que marcan este ritmo circadiano. En enfermos con cáncer avanzado se han detectado alteraciones en algunas variables que tienen cierta dependencia del ritmo circadiano como los niveles hormonales (sobre todo los de cortisol y melatonina), la temperatura o el nivel de actividad. Hay datos clínicos que sugieren que este TGF-alfa, producido por el tumor o por el huésped, tiene relación con la astenia, la alteración del ritmo del sueño y la hiporexia en pacientes con cáncer de colon avanzado, lo que justificaría que estos diferentes problemas se manifiesten en estos enfermos como si tuvieran una tendencia natural a asociarse, es decir, como un conglomerado o "cluster" de síntomas.

### Comentario

El autor presenta una hipótesis siguiendo una línea argumental desde los conocimientos básicos, de laboratorio, a los datos obtenidos en pacientes con cáncer

avanzado. No se puede considerar que los datos sean realmente definitivos y que den por cerrada la cuestión. Pero sí que es una idea realmente sugerente que permite explicar una realidad muy cercana: la agrupación natural de síntomas que aparece en muchos enfermos que presentan una patología relativamente similar. Y abre también la posibilidad a plantear opciones terapéuticas, inicialmente teóricas más adelante, si es el caso, tal vez reales, de las que se pudieran llegar a beneficiar estos pacientes.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 27-05-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Apoyo en el duelo a los cuidadores de enfermos con atención paliativa en España.**

*Yi P, Barreto P, Soler C, et al. Grief support provided to caregivers of palliative care patients in Spain. Palliat Med. 2006; 20: 521-31.*

En este estudio, realizado en 2001, se intenta mostrar cómo es el apoyo en el duelo a los cuidadores en el ámbito de los Cuidados Paliativos en España. Para ello se envió un cuestionario de 34 preguntas (algunas abiertas y otras de elección múltiple) a los médicos que coordinaban las Unidades de Cuidados Paliativos registradas en el Directorio del año 2000. Se obtuvo una proporción de respuestas del 50%. La mayoría de los cuestionarios los respondió el psicólogo del equipo, a pesar de que en uno de cada tres equipos no estaba aún integrado este tipo de profesional. Los resultados sugieren que el seguimiento del duelo compromete a todos los miembros de la Unidad, si bien en áreas como Cataluña o Valencia esta prestación se asigna principalmente al trabajador social. Cerca del 90% de las Unidades realiza apoyo individual en el duelo, principalmente informativo y de tipo emocional y en más del 80% de los casos se realiza seguimiento telefónico. En sólo uno de cada seis equipos se plantean estrategias de grupo. Los factores que más se valoran a la hora de plantear la atención al duelo son la ausencia de apoyo familiar y los antecedentes en duelos previos. Las posibles necesidades en relación con el duelo se plantean de manera personal e intuitiva; sólo se emplean instrumentos estandarizados en el 3% de los casos. Los criterios a los que se da más valor en la sospecha de un duelo patológico son los sentimientos de culpabilidad, la depresión y la duración excesiva de las etapas iniciales del duelo. Aparte de los beneficios evidentes, se plantean ciertas pegas a este apoyo en el duelo, como la carga de trabajo, la dependencia excesiva que se crea en ciertos familiares y la posibilidad de ver o inducir problemas donde realmente no los hay.

### **Comentario**

Este trabajo es el primero que hace una estimación seria de

cómo es el apoyo del duelo que en las Unidades de Cuidados Paliativos en España. Si bien los datos hay que referirlos a hace algo más de cinco años. El escenario en que se enmarca es el de un país en que la tradición de acompañamiento en el duelo es más familiar que social o institucional. La falta de antecedentes ha hecho que los fundamentos para empezar a llevar a cabo esta práctica hayan sido la buena intención y el sentido común y que se haya contado con poco interés en el sustrato teórico. Así que la atención al duelo se ha implementado, y lo sigue haciendo, al ritmo que marcan las aptitudes y la formación de los profesionales y los medios de que disponen las Unidades. Pero con el paso del tiempo se ha de llegar a una etapa de madurez en la que los datos de este primer estudio servirán de referencia para constatar el desarrollo y la madurez de los Cuidados Paliativos también en el ámbito de la atención al duelo.

Palliative Medicine

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 29-05-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Dolor irruptivo en pacientes con dolor neuropático y tratados con opioides mayores.**

*Simon S, Bennett D, Rauck R, Taylor D, Shoemaker S. Breakthrough pain in opioid-treated patients with neuropathic pain. J Opioid Manag. 2006;2(6):347-352.*

El objetivo de este estudio es el de describir la prevalencia y las características del dolor irruptivo en pacientes afectados de dolor neuropático de etiología no oncológica y controlados en unidades específicas de dolor. Se trata, básicamente, de un subgrupo de 45 pacientes con dolor neuropático de etiología no oncológica dentro de un estudio más amplio de 228 pacientes con dolor crónico no maligno. Se llevó a cabo una entrevista vía telefónica con un cuestionario específico.

De los 45 pacientes, 35 (78%) presentaban dolor irruptivo de los que 21 (60%) se correspondía a personas del género femenino. En cuanto a los diagnósticos incluidos en el estudio encontramos: Dolor central (n=2; 4%); neuralgia postherpética (n=2; 4%); Neuropatía diabética (n=1; 2%); CRPS (n=16; 36%); neuropatía periférica (n=4; 9%) y otras neuropatías (n=20; 44%). La intensidad del dolor referido por estos pacientes fue de leve (n=7, 16%) y moderado (n=38; 84%). La media de edad fue de 45 años (rango 21-74).

De los 35 pacientes que refirieron dolor irruptivo, se identificaron 42 tipos distintos de dolor irruptivo. Todos los pacientes estaban sometidos, como el título indica, a tratamiento con fármacos opioides mayores. De entre los fármacos no opioides, 13 pacientes (29%) recibían tratamiento con AINEs; 27 pacientes recibían antidepresivos (60%) y 24 recibían anticonvulsivantes (53%).

**Comentario**

Se trata de un trabajo interesante en cuanto a que aborda un tipo de dolor complejo que afecta a pacientes con dolor neuropático pero que, a nuestro juicio, presenta ciertas lagunas metodológicas que pueden disminuir el impacto del trabajo. En primer lugar la muestra del trabajo con sólo 45 pacientes; en segundo lugar el cuestionario a partir del cual se extraen los datos no está validado; en tercer lugar y fijándonos en las principales etiologías aportadas en el estudio, cabe destacar que las más prevalentes en todos los estudios que hacen referencia a dolor neuropático en pacientes no oncológicos como son la neuropatía diabética y la neurálgia postherpética se cuentan en este estudio como diagnósticos minoritarios (n=3, 6% de la población). Finalmente, la alta prevalencia de dolor irruptivo en este grupo de pacientes se puede explicar por el hecho que los fármacos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del dolor neuropático (antidepresivos + anticonvulsivantes) no se aplican a la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio.

## Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 04-06-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

**Deseo de que la muerte llegue pronto en pacientes con cáncer metastático.**

*Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, et al. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. J Pain Symptom Manage. 2007; 33: 661-75.*

Para conocer qué factores se asocian al deseo de que la muerte llegue pronto (desire for hastened death) en pacientes con cáncer avanzado, los autores ofrecieron la posibilidad de entrar en un estudio a 731 enfermos ambulatorios con tumores gastrointestinales y de pulmón. De ellos, 297 (41%) no aceptaron, en general por cansancio o desinterés. De los 434 que dieron su consentimiento, 108 (25%) no llegaron a realizar o completar el estudio, en su mayoría porque retiraron este consentimiento; este subgrupo se caracteriza por presentar un estado general discretamente peor. Los 326 que completaron el estudio presentaban una mediana de edad de 62 años y un índice de Karnofsky medio del 80%. El 62% se encontraba recibiendo quimioterapia. Aunque de inicio se planteaba una expectativa de supervivencia mínima de seis meses, al cabo de ese tiempo cerca de uno de cada tres pacientes había fallecido. Se emplearon instrumentos específicos para evaluar el deseo de que la muerte llegue pronto (Schedule of Attitudes toward Hastened Death, SAHD), el estado general, el dolor y otros síntomas, la depresión y la desesperanza, el apoyo social, el bienestar espiritual y la autoestima. Cerca del 50% de los enfermos refería dolor, con una intensidad media inferior a 2/10, y más del 20% manifestaba niveles elevados de depresión y desesperanza. 121 (37%) no manifestaban ningún deseo de que la

muerte llegase pronto (0 en SAHD), 173 (53%) tenían un deseo débil (1 a 4 en SAHD) y 27 (8%) un deseo moderado (5 a 9 en SAHD). Tan sólo 5 enfermos (1,5%) tenían valores elevados (10 ó más) en SAHD. Este deseo de que la muerte llegue pronto se correlacionaba principalmente con la desesperanza, la depresión y el deterioro físico. Otros factores que también influían, como la falta de bienestar espiritual, de autoestima o de apoyo social se englobaban en los anteriores en el análisis multivariante. No se encuentra correlación, sin embargo, con el hecho de recibir o no tratamiento y con la cercanía a la muerte.

**Comentario**

El estudio muestra que en pacientes con cáncer avanzado que, en su mayoría, reciben quimioterapia (paliativa) el deseo de que la muerte llegue pronto es escaso. Aunque uno de cada cuatro se lo plantea con cierta claridad (deseo moderado), son muy pocos los que lo desean con vehemencia, sólo uno de cada 65 enfermos. En todo caso, los resultados hay que ceñirlos a un perfil de paciente de ámbito occidental anglosajón, con un nivel cultural aceptable, una situación familiar estable y una carga de síntomas relativamente escasa. Además, los datos se limitan a los que decidieron colaborar y lo hicieron, que representan menos del 50% de la muestra inicial. En ellos, este deseo de que la muerte llegue pronto se correlaciona con factores ya conocidos, tanto físicos como psicológicos y espirituales, como son la depresión, la desesperanza, el deterioro físico o la falta de apoyo social... Pero no parece depender de que se reciba o no tratamiento ni tampoco del hecho de que cada vez se vea la muerte más cercana, al menos en este grupo de enfermos avanzados pero de relativo buen pronóstico.

Journal of Pain and Symptom Management

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

**El empleo de metilfenidato descrito por los médicos en las Unidades de Cuidados Paliativos de Japón.**

*Matsuo N, Morita T. Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese Palliative Care Units. J Pain Symptom Manage. 2007; 33: 655-6.*

Los autores llevaron a cabo una encuesta entre las Unidades de Cuidados Paliativos de Japón para obtener datos tanto epidemiológicos del empleo de metilfenidato en enfermos avanzados como de la actitud clínica de los médicos ante las posibles indicaciones de este fármaco. La encuesta se envió a los responsables de 163 Unidades de Cuidados Paliativos y se obtuvo respuesta de 112 (69%). En las 91 (81%) Unidades en que sí se empleaba metilfenidato, la mediana de la proporción de enfermos que lo recibían era del 5%, con una mediana de dosis diaria de

inicio de 10 mg (5-30 mg) y de mantenimiento de 20 mg (5-60 mg). Al solicitar una valoración que se hacía de las posibles indicaciones, cerca del 10-15% admitía el empleo de metilfenidato en pacientes con un pronóstico de días. En enfermos con una expectativa de supervivencia más prolongada (semanas o meses), cerca del 90% aceptaba la indicación en caso de sedación inducida por opioides y cerca de la mitad de ellos la consideraban una indicación clara. Mientras que uno de cada dos admitía la indicación en caso de depresión o astenia, únicamente el 10% la consideraba una indicación evidente. Por último, menos del 10% aceptaba algún tipo de indicación del metilfenidato en el delirium hipoactivo por fallo multiorgánico o en el deterioro cognitivo en enfermos con tumores cerebrales.

### Comentario

El metilfenidato ha mostrado eficacia en ámbitos del tratamiento del enfermo paliativo en que hay pocas opciones terapéuticas. Sin embargo, el respaldo que se puede aportar en cuanto a evidencia científica bien cimentada es escaso. Y esto es algo que parece reflejarse en los datos de este estudio. ¿Se emplea el metilfenidato? Sí. ¿Se emplea mucho? No. ¿En qué enfermos? En aquellos en que el riesgo de toxicidad es menor porque no están muy deteriorados. ¿En qué patología? En aquella en que no se evidencie un problema orgánico que la justifique. ¿Se valora la posible rapidez del efecto del metilfenidato? No parece, ya que los médicos que lo plantean en enfermos en los que es preciso un efecto rápido porque la expectativa de vida es corta son minoría. Por último, este trabajo, aunque da respuesta a varias cuestiones, también deja abiertas otras en relación con la experiencia clínica de eficacia, toxicidad, alternativas terapéuticas, satisfacción, duración del tratamiento, etc.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 07-06-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Comunicación: la emergencia olvidada en cuidados paliativos.

*Pickering M, George R. Communication: the forgotten palliative care emergency. BMJ. 2007; 334:1274.*

Los autores toman como referencia la situación de un paciente con insuficiencia cardiaca terminal que fue remitido a su Hospice. El enfermo no conocía su pronóstico, al contrario, pensaba que ingresaba para recibir algún tipo de tratamiento rehabilitador. El día a día evidenciaba el deterioro y las agudizaciones severas avisaban de que el desenlace final se acercaba irremisiblemente. El problema es que en su entorno se había instaurado la conspiración del silencio. Y es este contexto lo que los autores definen como una situación de emergencia de comunicación que exige transmitir con claridad y con cierta celeridad unos

conceptos que ayuden a integrar y a dar sentido a una situación que, si no, se puede volver realmente dañina. Si este problema no se identifica o no se afronta con prontitud el paciente puede entrar en una situación de sufrimiento existencial que, por desgracia, más de uno puede interpretar y tratar como un delirium terminal agitado. Y se puede favorecer que los familiares padezcan en duelo que supera la tristeza para cristalizar en sentimientos de culpabilidad. Por suerte, en el caso que sirve de ejemplo los hechos se desarrollan de la mejor manera: la familia comprende la necesidad de hablar con el paciente, el enfermo recibe la información que le permite mentalizarse y prepararse y todos llegan a vivir, a vivenciar y a compartir juntos las últimas horas.

### Comentario

Pocas veces se ha planteado seriamente la necesidad de información o de comunicación como una urgencia en Cuidados Paliativos. Pero es muy probable que sí que haya que incluirla en el listado de los problemas agudos y severos que puede padecer un enfermo terminal. Pero este problema hay que plantearlo como una de esas situaciones en que en caso de error no va a haber una segunda oportunidad para reparar el daño que se pueda producir. Es preciso, por tanto, actuar con prudencia. No se deben, se plantean, ni se manejan todas las situaciones del mismo modo porque ni todos los pacientes tienen la misma necesidad de saber qué está pasando y qué es lo que puede pasar, ni todas las familias que los cuidan tienen los mismos fundamentos culturales, ni las mismas necesidades, ni el mismo modo de interpretar ni las mismas reacciones que el ejemplo que presentan los autores.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 15-06-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Tratamiento opioide y riesgo longitudinal de delirium en pacientes oncológicos ingresados.

*Gaudreau JD, Gagnon P, Roy MA, Harel F, Tremblay A. Opioid medications and longitudinal risk of delirium in hospitalized cancer patients. Cancer. 2007; 109: 2365-73.*

Los autores se centran en el seguimiento de 114 pacientes oncológicos, 60 (53%) de ellos con tumores metastáticos, ingresados en un Hospital que han padecido al menos un episodio de delirium, evaluado como una puntuación superior a 1 en el Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale). Aunque no se indica expresamente, la proporción de pacientes en que se detectan alteraciones metabólicas de tipo hidroelectrolítico es elevada, superior al 50% de los casos en que se llevan a cabo determinaciones analíticas. Con una media de seguimiento de 16 días encuentran que la media de episodios de delirium por enfermo es de seis,

es decir, uno por cada tres días se seguimiento. La proporción de enfermos incluidos en el estudio fallecidos en ese tiempo fue de uno de cada siete. Según apuntan los autores, todos los pacientes recibieron opioides, en su gran mayoría de manera regular. Se aprecia una asociación entre la administración de una dosis equivalente diaria superior a 90 mg de morfina subcutánea y el desarrollo de nuevos episodios de delirium en el primer mes de seguimiento (odds ratio: 1,58; IC 95%: 1,23-2,61;  $p < 0,001$ ). Sin embargo, no se aprecia una relación tan fuerte en los que reciben corticoides por encima de una dosis equivalente diaria de dexametasona de 15 mg ( $p=0,12$ ), ni en aquéllos a los que se prescriben benzodiazepinas en dosis diarias equivalentes de lorazepam superiores a 2 mg ( $p=0,31$ ). En el análisis multivariante, que incluye las características iniciales del paciente, la dosis de opioide mantiene la relación con el riesgo de nuevos episodios de delirium (odds ratio: 1,38; IC 95%: 1,03-1,85;  $p=0,03$ ).

### Comentario

Hay varias cuestiones metodológicas que no permiten hacer la mejor interpretación de lo que nos aporta este estudio. La primera es que es preciso buscar en el texto que los pacientes que se incluyen no son sencillamente enfermos oncológicos ingresados sino los casos incidentes de delirium. En los resultados se presentan medias en vez de medianas, lo que impide hacerse una idea real de las expectativas en el paciente promedio ya que este dato se ve sesgado fácilmente por los datos extremos. Por otra parte, no se explica cómo se determinan las dosis de corte que se han tomado como referencia en las diversas familias de fármacos (opioides, corticoides, neurolepticos). No se sabe si se ha seleccionado por su significado clínico o tan sólo por motivos metodológicos. Además, se echa en falta que en la descripción de las características generales de los pacientes se aportasen datos concretos sobre los fármacos y las dosis que recibían. Aun así, la parte fuerte del trabajo es que permite hacerse una idea, sólo una idea, de cuál es la historia natural de los enfermos oncológicos ingresados en un Hospital (no en una Unidad de Cuidados Paliativos) que presentan al menos un episodio de delirium.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 22-06-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### La percepción de la percepción.

*Chauhan C. The perception of perception. J Clin Oncol. 2007;25:2329-30.*

La autora, que es una paciente que ha sido tratada de dos tumores (renal y mama), aparte de otros problemas, refiere su percepción de que ciertos instrumentos (como pueden ser los cuestionarios y las escalas) que se han pensado para mejorar la comunicación entre médico y paciente lo que han

hecho es, sencillamente, sustituirla. Para argumentarlo narra su experiencia en los ingresos hospitalarios en que fue tratada de celulitis y paniculitis en una pierna. Periódicamente acudían a evaluar el dolor que padecía mediante una escala numérica 0-10. Esta evaluación es un modo de estimar de manera relativamente objetiva una percepción personal. Es algo pensado para permitir que, a la hora de valorar los síntomas, médico y enfermo "hablen un mismo idioma". La paciente deseaba transmitir no sólo la intensidad del dolor sino también su tolerancia, lo "harta" que llegaba a estar, más allá de que en ese momento hiciesen falta o no más calmantes. Sin embargo le insistían en que diese una puntuación del dolor pero sin darle opción a describirlo. Y lo que solía pasar es que, tras ese dato, lo que hacían era ofrecerle más calmantes "según el protocolo" sin que nadie tratara, discutiera, matizara o pusiera en duda la valoración que había hecho. Así que, con ironía, comenta que efectivamente se respetaba su experiencia del dolor y su autonomía. Pero faltaba el trato, la conversación que le hubiese podido ayudar a entender y afrontar mejor el dolor y a ver en qué medida podía hacer falta uno u otro tipo de tratamiento. Esa conversación podía haberle ayudado también a verse más ayudada y consolada y, con ello, a hacer el dolor más suave y llevadero. Incluso podía haber servido para distraerla y para permitir que se olvidara de ese dolor durante un tiempo...

### Comentario

Son muy interesantes las experiencias de las personas del mundo de la medicina que pasan a ser pacientes. En este caso nos pone en evidencia cómo centrar el trato con los pacientes en el empleo de ciertos instrumentos, válidos y precisos, puede hacer que se oculte la persona, es decir, que el enfermo y su realidad "se pierdan" en el proceso de la evaluación. La experiencia muestra que los modos más técnicos, más cómodos y más directos de llevar a cabo cualquier proceso nos pueden hacer caer por un plano inclinado que nos lleva a centrarnos en la técnica (la imagen, el dato, el ordenador) y a olvidar un poco al paciente. Y, además, cuando se entra en esta rutina es difícil salir. La idea podría ser "técnica y método sí, pero sin olvidar a la persona". Lo cuantitativo por sí solo esquematiza en exceso y olvida la versatilidad de la persona. Lo cualitativo es demasiado etéreo en la interpretación y es excesivamente sensible a la espontaneidad. La conclusión, por tanto, sería volver a insistir en combinar las valoraciones cuantitativas (numéricas) y cualitativas (personales, subjetivas) tanto en el trato y la evaluación diarios del paciente como en el ámbito de la investigación clínica.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 22-06-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Estudio prospectivo y randomizado sobre el uso de corticoides como tratamiento adyuvante a los

**opioides en pacientes oncológicos avanzados.**

Mercadante S, Berchovich M, Casuccio A, Fulfaro F, Mangione S. A prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007;24(1):13-19.

Este estudio evalúa el papel de los corticoides como adyuvantes al tratamiento opioide en 76 pacientes con cáncer avanzado y con dolor de intensidad de moderada a severa. Los pacientes se dividieron en 2 grupos. Un grupo recibió el tratamiento opioide convencional. Al otro grupo se le añadieron 8 mg de dexametasona por vía oral. Se recogieron los siguientes datos hasta el fallecimiento de los pacientes: Media diaria de la intensidad del dolor, dosis de opioide al inicio del tratamiento, duración del tratamiento, supervivencia, motivos para el cese del tratamiento, sensación de bienestar, efectos adversos atribuibles a los corticosteroides, efectos adversos atribuibles a los opioides. Terminaron el estudio 66 pacientes. En cuanto a los resultados de los distintos parámetros, únicamente se encontraron diferencias significativas en cuanto a la sensación de bienestar en los individuos que recibieron dexametasona pero este efecto sólo duró 2 semanas.

**Comentario**

Este estudio muestra como los corticosteroides no contribuyen a la mejoría del efecto analgésico en pacientes con enfermedad oncológica avanzada. Sin embargo, se muestra cierta mejoría en el grupo de pacientes tratados con dexametasona en relación a los efectos gastrointestinales debidos al uso de opioides. En cuanto a la sensación de bienestar inducida por los esteroides, ésta sólo se observa en un período relativamente corto de tiempo (2 semanas) aunque hay que tener en cuenta que la media de supervivencia de los pacientes incluidos en el estudio es de tan sólo 3 semanas. Por otra parte, el uso de los esteroides se mostró segura en el grupo de pacientes con supervivencia de hasta 5 semanas.

En resumen, podemos decir que los corticosteroides, según este estudio, deberían ser definidos como fármacos adyuvantes para el control de efectos adversos asociados con el uso de opioides y no como fármacos con actividad co-analgésica.

American Journal of Hospice and Palliative Medicine

**Revisor:** Jaime Canal Sotelo, 14-06-2007  
UCP Hospital Jaime d'Urgell

**Prevalencia de dolor en pacientes oncológicos: una revisión sistemática de los pasados 40 años.**

van den Beuken-van Everdingen M, de Rijke J, Kessels A, Schouten H, van Kleef M, Patijn J.

*Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol*. 2007;18(9):1437-49.

Los autores llevan a cabo una revisión sistemática de la literatura médica existente entre 1966 y 2005 en las distintas bases de datos (Medline, Embase, Pubmed, Cinahl, Cochrane systematic reviews, Cochrane central y the cancer library), aplicando criterios metodológicos propuestos en 2005 por Leboeuf-Yde and Lauritsen. Estos criterios fueron especialmente contruidos para los estudios de prevalencia. De esta manera, solamente se admitieron aquellos estudios que presentaban una puntuación > 14 según los criterios de estos autores.

Los distintos estudios admitidos en esta revisión fueron, a su vez, divididos en 4 subgrupos dependiendo de si incluían a pacientes después de haber terminado el tratamiento curativo(i), pacientes que estaban recibiendo terapia antineoplásica específica(ii), pacientes en fase avanzada/terminal de su enfermedad(iii) y estudios que incluyeron a todo tipo de pacientes(iv).

Además de la prevalencia global del dolor, también se llevó a cabo el mismo estudio agrupando a los pacientes en función de la localización del tumor primario.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 54 estudios obtuvieron una puntuación >14. 7 estudios (N=726) pertenecían al subgrupo (i); 7 estudios (N=1408) pertenecían al subgrupo (ii); 23 estudios pertenecían al subgrupo (iii) con N=9763 y, finalmente, 16 estudios con N=8088 pertenecían al subgrupo (iv). La prevalencia de dolor para cada uno de estos subgrupos fue de: grupo (i) 33%; grupo (ii) 59%; grupo (iii) 64%; grupo (iv) 53%.

Los resultados de la prevalencia del dolor en función de la localización de 6 tipos de tumor (excluyendo aquí aquellos pacientes curados) fueron:

Cabeza y cuello (70%); Tracto gastrointestinal 59%; Broncopulmonar 55%; Mama 54%; Tracto urogenital 52% y del área ginecológica 60%.

También se tuvo en cuenta la intensidad del dolor referida por los pacientes y los resultados mostraron como más de una tercera parte de los pacientes estudiados refirieron padecer un dolor con una intensidad moderada a severa.

**Comentario**

Es interesante ver cómo se aplican criterios metodológicos más estrictos con la finalidad de poder comparar y, por tanto, homogeneizar la validez de los resultados obtenidos. Por este motivo, aquéllos que deseen realizar estudios de prevalencia sobre dolor harían bien en tener en cuenta el artículo publicado por Leboeuf-Yde C, Lauritsen JM en Spine en 1995.

Sorprende un tanto ver cómo los resultados obtenidos en este estudio no difieren excesivamente de los resultados clásicos obtenidos por Bonica (1985) o Goudas (2005), por lo que, si bien los tratamientos antineoplásicos han avanzado de manera considerable en las dos últimas décadas, este hecho no ha mostrado una evolución paralela en cuanto al descenso tanto en la prevalencia como en la intensidad del dolor que sufren los pacientes oncológicos.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 04-06-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

complejo, debemos estar preparados para utilizar distintas vías y fármacos para solucionar las diferentes situaciones que se nos presenten.

Jaume Canal. PADES SUN. Hospital Santa Maria. Lleida.  
Anna Muixí. Residente de Mfyc. HUAV. Lleida.

### Titulación de opioides en dolor oncológico: una revisión crítica.

*Mercadante S. Opioid titration in cancer pain: a critical review. Eur J Pain. 2007;11(8):823-30.*

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 14-06-2007  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Hasta la fecha, el tratamiento del dolor oncológico sigue la escalera analgésica de la O.M.S. A medida que se va profundizando en el tratamiento del dolor crónico, aparecen distintas situaciones en que los patrones terapéuticos propuestos no son tan claros como parecen. El autor realiza una revisión bibliográfica basada en distintos buscadores en internet sin el ánimo de que se convierta en un metaanálisis. Se analizan 4 situaciones distintas:

1. Dosificación de opioides en pacientes que no los han recibido previamente. Dosis bajas de opioides mayores en los que algunos estudios han demostrado un aceptable balance entre analgesia/efectos secundarios (fentanilo 0.6 mg/día = fentanilo transdérmico 25mg/h), o bien dosis de morfina 60 mg/día con unos resultados desalentadores.
2. Dosificación de opioides en pacientes que reciben fármacos del segundo escalón pero con resultados insuficientes. Se recomienda el uso de morfina 60 mg/día con dosis de rescate equivalentes al 16% de la dosis total diaria. En este caso, debe realizarse un seguimiento intenso del paciente pues puede requerir aumentos en la dosis de manera diaria. En estos casos, en principio no se recomendaría el uso de fentanilo transdérmico pero algún estudio sugiere que dosis de 0.6 mg/día con el tratamiento de rescate adecuado y optimización de las dosis cada tres días podría ser una opción terapéutica aceptable. La vía parenteral ofrecería, en estos casos, una mayor rapidez de acción analgésica en comparación con la vía oral y la transdérmica.
3. Dosificación de opioides en pacientes que ya los están recibiendo. Deben realizarse incrementos entre el 33% y el 50% de la dosis previa, dependiendo del opioide utilizado.
4. Tratamiento de urgencia para el dolor severo. Morfina y fentanilo pueden ser utilizados en estas situaciones. La ventaja de fentanilo estriba en un más rápido inicio de acción debido a ser una molécula lipofílica que atraviesa la barrera hematoencefálica con mayor rapidez que morfina.

### Comentario

El abordaje del dolor en pacientes oncológicos es cada vez un reto en el que, más que rígidos protocolos, se necesitan puntos de vista más ágiles y flexibles que, conjuntamente con una supervisión estricta y optimización de dosis diaria, ofrezcan a nuestros pacientes un mejor tratamiento del dolor.

Por este motivo y dado que cada vez con mayor frecuencia la sociedad va a exigir un tratamiento más eficaz de aquellas situaciones como puede ser el dolor intenso y