

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**35ª Entrega. Septiembre 2008**

# INDICE

Articulo	Pag.
Gravedad inicial de la depresión y beneficios de los antidepresivos: meta-análisis de los datos remitidos a la FDA.	1
Oxicodona para el dolor oncológico: meta-análisis de ensayos clínicos con distribución aleatoria.	1
El protocolo de Kyoto de la terminología básica del dolor de la IASP.	2
Estudio piloto, controlado y con distribución aleatoria que compara hidromorfona en nebulización, hidromorfona sistémica y suero salino nebulizado en el alivio de la disnea incidental en enfermos oncológicos que reciben cuidados paliativos.	2
SMaRT oncology 1: estudio con distribución aleatoria sobre el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer.	3
Dolor crónico, intolerancia a la glucosa y diabetes: Un estudio realizado en la comunidad.	3
Actitud oficial de la American Thoracic Society en relación con los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades respiratorias y patología crítica.	4
Pregabalina en pacientes con dolor neuropático central: un ensayo clínico randomizado, doble ciego y controlado con placebo con dosis variables.	4
Una dieta pobre en poliaminas mejora la hipersensibilidad al dolor.	5
Alvimopan, un antagonista periférico de los receptores opioides mu para el tratamiento de la disfunción intestinal inducida por opioides: Resultados de un estudio aleatorizado, con doble ciego, controlado con placebo, para determinación de dosis en pacientes tratados con opioides para el dolor no oncológico.	6
Ratio de incidencia y tratamiento del dolor neuropático en la población general.	6
Tetrodotoxina inhibe el desarrollo y la expresión del dolor neuropático inducido por paclitaxel en ratones.	7
Los estrógenos alteran la actividad del receptor NMDA a nivel espinal a través de la fosfoquinasa A (PKA) en un modelo de dolor visceral en ratas.	7
¿Tiene efectos en el uso de intervenciones médicas el reconocimiento de la fase terminal?	8
Catéter peritoneal para drenaje continuo de ascitis en pacientes con cáncer avanzado.	8
Sedación Paliativa en América Latina: estudio sobre prácticas y actitudes.	8
Apoyo nutricional como parte de un tratamiento multimodal en caquexia inducida por cáncer.	9
La duración del sueño contribuye a la percepción del dolor del día siguiente en la población general.	9

Artículo	Pag.
Colaboración entre enfermera y médico en el tratamiento del dolor en domicilio en pacientes oncológicos en fase terminal.	10
Sulfito de hidrógeno como un nuevo mensajero en la nocicepción.	10
Estimulación espinal (SCS) versus tratamiento médico convencional en el dolor neuropático: un estudio multicéntrico, randomizado y controlado en pacientes con el failed back surgery syndrome (FBSS)	11
Validación del S-LANSS en la comunidad.	11

### Gravedad inicial de la depresión y beneficios de los antidepresivos: meta-análisis de los datos remitidos a la FDA.

*Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008; 5: 260-8.*

El efecto de los fármacos antidepresivos en comparación con placebo parece ser muy discreto, en ocasiones prácticamente irrelevante, y puede depender de la gravedad de la depresión. En este estudio se valora la relación entre la severidad inicial de la depresión y el efecto de los antidepresivos. Para ello se realiza un meta-análisis de los datos de todos los estudios clínicos remitidos a la FDA con la intención de obtener la aprobación de seis nuevos antidepresivos. Se selecciona este método porque los datos remitidos a la FDA deberían recoger todos los estudios realizados antes de la aprobación del fármaco, lo que evitaría un sesgo de publicación. Para mantener este criterio, los fármacos en que no fue posible obtener todos los resultados concretos de todos estos estudios se excluyeron del estudio. Se analizaron finalmente los datos de 35 ensayos clínicos que comparaban fluoxetina, venlafaxina, nefazodona o paroxetina con placebo, que incluyen en conjunto 5133 pacientes, con una intensidad media inicial de la depresión (escala de Hamilton) entre 17 y 31. De ellos, menos de dos de cada tres completaron las 4-8 semanas de duración de los ensayos. La mejoría media ponderada en la escala de Hamilton fue de 9,6 con antidepresivos y de 7,8 con placebo. La diferencia media entre los dos tratamientos fue de 1,8 puntos, con gran significación estadística pero claramente inferior a los 3,0 puntos que muchos proponen como umbral de lo relevante desde el punto de vista clínico. Se aprecia que la diferencia en la eficacia entre antidepresivo y placebo aumenta cuanto mayor es la intensidad inicial de la depresión. Así, el efecto de los antidepresivos en comparación con placebo sólo parece alcanzar el nivel de relevancia clínica en los casos de depresión más severa, en concreto los que presentan puntuaciones en la escala de Hamilton superiores a 26-28 puntos. Los datos, además, sugieren que esta diferencia se debe tanto a la mayor eficacia de los antidepresivos como a la pérdida del efecto placebo en los casos de depresión más severa.

### Comentario

Este estudio remarca la idea de que los fármacos antidepresivos no son tan eficaces como se suele pensar, sobre todo si se comparan con placebo. Esto es algo que nos debería hacer reflexionar y así evitar ese reflejo condicionado propio de la medicina que hace que a cada enfermedad o a cada síntoma se le aplique un tratamiento, sin prestar demasiado interés en cuál es la eficacia real de ese tratamiento. Y así a la depresión lo que se le asigna son, obviamente, fármacos antidepresivos, sin hacer mención de que su efecto es muy similar al del placebo en las depresiones leves, es decir, con baja puntuación en la escala

de Hamilton. Por ello, habría que definir qué es en la práctica clínica esa depresión leve, tal vez un proceso adaptativo, para poder obviar en esos casos los antidepresivos (y sus efectos secundarios) y plantear una actitud diferente (¿apoyo psicoemocional?, ¿ansiolíticos?). En todo caso, este estudio también respalda el papel de los antidepresivos en los cuadros de depresión más severos.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 10-07-2008  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Oxicodona para el dolor oncológico: meta-análisis de ensayos clínicos con distribución aleatoria.

*Reid CM, Martin RM, Sterne JA, Davies AN, Hanks GW. Oxycodone for cancer-related pain. Meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med. 2006; 166: 837-843.*

Los autores han llevado a cabo una revisión sistemática de ensayos clínicos con distribución aleatoria que evalúan la eficacia y la tolerabilidad de la oxicodona en el dolor oncológico. La estrategia de búsqueda se completó en Abril de 2005. De los seis ensayos clínicos encontrados, cuatro cumplían criterios para entrar en el meta-análisis: tres comparaban oxicodona con morfina oral y uno con hidromorfona oral. En todos los casos fue preciso contactar con los autores para que facilitaran los datos de manera que se pudiera realizar una evaluación conjunta. Se empleó un modelo de efectos aleatorios (random effects) por la evidencia de heterogeneidad entre los estudios y por emplear diferentes fármacos como control (morfina e hidromorfona). En el caso de la intensidad del dolor la I2, es decir, la proporción de variación en los resultados de los estudios que se debe a la heterogeneidad de los trabajos y no al azar, es del 62%. En general, la calidad metodológica de los estudios tal como se presenta en los trabajos fue limitada. Llama la atención, por ejemplo, que con el porcentaje elevado de pacientes que no completaron los estudios, en ningún caso se planteó un análisis por intención de tratamiento. La diferencia en la intensidad del dolor entre oxicodona y los demás fármacos fue escasa (diferencia media estandarizada: 0,04; IC 95%: -0,29 a 0,36; p = 0,8). Cuando se estudian por separado los tres estudios que comparan morfina y oxicodona, que incluyen en conjunto 129 enfermos evaluables, se aprecia una mejoría en la media de la intensidad del dolor de 0,20 con morfina (IC 95%: -0,04 a 0,44). En todo caso, los autores estiman que esta diferencia se traduce en no más de 0,3 puntos en una escala de 0 a 10. En cuanto a la aparición de efectos secundarios, al menos el 90% de los enfermos que reciben opioides refieren algún tipo de efecto secundario y hasta el 13% de los enfermos abandonan los ensayos por culpa de esta toxicidad. En ninguno de los 16 efectos secundarios propios de los opioides que se evalúan, el intervalo de confianza de la odds ratio de la incidencia descarta la hipótesis de igualdad. Cuando se comparan exclusivamente

oxicodona y morfina sólo parece apreciarse una menor incidencia de xerostomía con oxicodona (odds ratio: 0,56; IC 95%: 0,38 - 0,83).

### Comentario

La primera conclusión del estudio es que, efectivamente, la eficacia y la toxicidad de oxicodona y morfina son muy similares cuando se emplean en el tratamiento del dolor oncológico. La discreta diferencia que se aprecia en la media ponderada de intensidad del dolor tiene un impacto clínico muy limitado. Y la segunda conclusión es que cuando se hace una revisión crítica de los ensayos clínicos que se han publicado se aprecian déficits metodológicos importantes que, tal vez, habrá que corregir en ensayos ulteriores.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 01-07-2008  
Hospital Universitario del Río Hortega

### El protocolo de Kyoto de la terminología básica del dolor de la IASP.

*Loeser JD, Treede RD. The Kyoto Protocol of IASP Basic Pain Terminology. Pain. 2008;137:473-477.*

El grupo de trabajo de Taxonomía de la IASP (Internacional Association for the Study of Pain), concluyó a finales de 2007 una revisión de la terminología básica referente al dolor. La anterior revisión fue realizada en 1994 y desde entonces tanto la fisiopatología como la terapéutica específica del dolor han evolucionado enormemente. En esta revisión destaca la inclusión de términos tales como nocicepción, estímulo nociceptivo, dolor nociceptivo, sensibilización central y periférica, además de variar sensiblemente definiciones tales como la de dolor neuropático (tanto central como periférico), alodinia, hiperalgia y umbral del dolor.

### Comentario

Es interesante ver como la ciencia debe, cada cierto espacio de tiempo, detenerse para observar el camino recorrido y la dirección que ha de tomar. En este caso, la nomenclatura básica de la terminología relacionada con el dolor, se pone al día. Importante, además, que todos hablemos el mismo idioma para poder después comparar los resultados de los distintos trabajos realizados en el campo de la algología.

Muy aconsejable visitar la web: <http://www.iasp-pain.org> donde se recogen los distintos cambios realizados.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 25-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### Estudio piloto, controlado y con distribución aleatoria que compara hidromorfona en nebulización, hidromorfona sistémica y suero salino nebulizado en el alivio de la disnea incidental en enfermos oncológicos que reciben cuidados paliativos.

*Charles MA, Reymond L, Israel F. Relief of incident dyspnea in palliative cancer patients: a pilot, randomized, controlled trial comparing nebulized hydromorphone, systemic hydromorphone, and nebulized saline. J Pain Symptom Manage. 2008; 36: 29-38.*

Este estudio compara la eficacia de tres opciones terapéuticas en los episodios de disnea incidental: 5 mg de hidromorfona, similar a 25 (15-40) mg de morfina, en 10 minutos de nebulización; una dosis extra de hidromorfona sistémica (oral o subcutánea); y 3 cc de suero salino nebulizado. De 25 enfermos incluidos, todos con disnea de reposo o con el habla, 20 (80%) fueron evaluables, 14 de ellos con cáncer de pulmón. La mediana de dosis diaria equivalente de morfina que recibían era de 50 (10-540) mg. Su mediana de supervivencia tras el estudio fue de 40 (2-198) días. Cada uno de los enfermos recibió de manera aleatoria, en tres episodios sucesivos de disnea incidental, cada uno de los tratamientos en estudio. En todos los casos se practicó una prueba con 2 mg de hidromorfona nebulizada, similar a 10 (5-15) mg de morfina, para descartar posibles reacciones. En 19 (95%) pacientes los rescates de hidromorfona parenteral, en un rango de dosis entre 0,2 y 11 mg, se administraron por vía oral y sólo en uno (5%) por vía subcutánea. La disnea se evaluó a los 10, 20, 30 y 60 minutos de recibir el tratamiento; cuando se administró hidromorfona parenteral todos los plazos se ampliaron 10 minutos. La intensidad media de la disnea en las crisis se situó entre 5,3 y 5,6 (EVA: 0-10). El alivio medio obtenido con cada tratamiento fue de 1,0 con hidromorfona en nebulización, 0,9 con hidromorfona parenteral y 0,8 con suero nebulizado (EVA: 0-10). No se encontraron diferencias significativas entre ellos. La tendencia fue continuar la mejoría en los 60 minutos de seguimiento. Esta misma tendencia favorable se apreció también en el ritmo cardiaco, ritmo respiratorio y saturación de oxígeno. En la impresión subjetiva de eficacia por parte del paciente no hubo diferencias en los tres tratamientos.

### Comentario

Hay dos datos que parecen importantes. El primero que las tres opciones de tratamiento no muestran grandes diferencias en cuanto a la eficacia aunque el diseño del estudio es limitado y no permite concluir que, efectivamente, los tres tratamientos sean realmente igual de activos. En todo caso esto sólo se puede aplicar a crisis de disnea moderada. Además, hay dudas sobre la eficacia de la hidromorfona nebulizada ya que las diferencias con el

suero salino nebulizado son escasas. Por otra parte, el estudio nos muestra cuál es la evolución temporal (lo que podríamos identificar con la historia natural) de la respuesta al tratamiento en las crisis de disnea que se traduce en un alivio progresivo a lo largo de los primeros 60 minutos, más acusado al principio.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 04-07-2008  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **SMaRT oncology 1: estudio con distribución aleatoria sobre el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer.**

*Strong V, Waters R, Hibberd C, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. Lancet. 2008; 372: 40-48*

Los autores incluyen 200 pacientes oncológicos (71% mujeres) con un pronóstico superior a seis meses y con datos de trastorno depresivo mayor de duración superior a un mes e inferior a dos años en un estudio con distribución aleatoria sobre la eficacia de una intervención de enfermería. En el rastreo inicial en 8153 pacientes se encontraron 660 (8%) con datos compatibles con trastorno depresivo mayor. 167, uno de cada cuatro, se excluyeron porque precisaban tratamiento psiquiátrico específico y 313 por otros motivos. La puntuación inicial en la escala de depresión del Symptom Checklist-20 (SCL-20), que valora la intensidad en una escala con límites entre 0 y 4, debía ser superior a 1,75. El tratamiento en estudio consistía en un máximo de 10 sesiones (media: 6; rango: 0-10) de 45 minutos a lo largo de tres meses. El plan incluía explicar al paciente la depresión y su tratamiento, formarlo en estrategias para hacerle capaz de afrontar y resolver problemas e informar al médico responsable sobre la depresión. Se obtuvieron datos de 196 (98%) pacientes. Sólo el 11% de los enfermos precisó ser valorado por un psiquiatra a lo largo del estudio. El aumento en la proporción de enfermos con medicación antidepressiva fue mayor en el grupo tratado (del 17% al 69%) que en el control (del 20% al 42%) ( $p < 0,001$ ). La puntuación media inicial en la escala de depresión fue 2,35 en el brazo de tratamiento y bajó a 1,20 a los tres meses; en el brazo control bajó de 2,25 a 1,55. El descenso en la puntuación fue mayor en el grupo de tratamiento (0,34; IC 95%: 0,13 - 0,55). La odds ratio de respuesta (reducción del 50% en la puntuación del SCL-20) en el grupo de tratamiento fue 2,2 (IC 95%: 1,2 - 4,0;  $p < 0,001$ ). Estas diferencias se mantuvieron a los seis y doce meses. En el grupo tratado se apreció también mejoría en la ansiedad (SCL-90), el cansancio (EORTC-QLQ-C30) y la calidad de vida (Euroqol-5D) pero no en el dolor o en la capacidad física (EORTC-QLQ-C30). Los autores estiman un coste de la intervención de 6000 libras por cada QALY (quality-adjusted life-year) ganado.

### **Comentario**

Este trabajo plantea de inicio una cuestión diagnóstica interesante ya que excluye tanto a los pacientes con un proceso adaptativo, en que es difícil separar los problemas derivados del propio cáncer, y los que padecen un trastorno depresivo mayor crónico, estructurado, de más de dos años de duración. Aparece un tercer grupo, el de los enfermos con trastorno depresivo mayor de duración intermedia (entre un mes y dos años). Y para esta patología se descarta que requiera de manera necesaria la intervención de un psiquiatra. Es cierto que el perfil de enfermos no es el habitual en Cuidados Paliativos, ya que, por ejemplo, dos de cada tres no presentaban tumor activo, pero la idea de que una intervención mixta (información, soporte, técnicas de afrontamiento) puede mejorar los resultados terapéuticos de la depresión es interesante también en enfermos avanzados. Si bien, en este estudio es difícil saber cómo influyen los diferentes factores de esta intervención: la formación (e implicación) del personal sanitario, el mayor empleo de antidepressivos, el seguimiento, etc.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 08-07-2008  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Dolor crónico, intolerancia a la glucosa y diabetes: Un estudio realizado en la comunidad.**

*Mäntyselkä P, Miettola J, Niskanen L, Kumpusalo E. Chronic pain, impaired glucose tolerance and diabetes: A community-based study. Pain. 2008; 137: 34-40.*

En la Universidad de Kuopio (Finlandia), en 2005, se realizó un estudio con 760 adultos para analizar la relación entre los niveles de azúcar en sangre, la diabetes mellitus (DM) y el dolor crónico. Complicaciones como la neuropatía diabética y el dolor no neuropático son frecuentes en estos pacientes así como muchos síndromes relacionados con el dolor. Recientemente se ha visto que el dolor crónico es muy común entre los diabéticos. Esto podría explicarse por los factores desencadenantes que tienen en común los dos procesos, como la bradiquinina, interleuquina-6, la regulación ascendente de los receptores B1 y B2. Las citoquinas actuarían a través de B1 y B2 jugando un papel en la patogénesis de la DM igual que en el proceso del dolor. En la DM, los receptores B1 tienen un efecto negativo relacionado con el dolor crónico y hiperglucemia, mientras que los receptores B2 están asociados con el dolor agudo y la hiperalgesia. Por lo tanto, personas con dolor crónico persistente se podrían beneficiar de un screening por DM o de su estado precursor, ya que los resultados del estudio sugieren que un control de la DM podría disminuir el gran nivel de dolor entre los pacientes diabéticos.

**Comentario**

La DM y el dolor crónico son unas enfermedades cada vez más frecuentes en la población occidental. Según se desprende de este estudio, aquellas personas con dolor crónico persistente se podrían beneficiar de un screening por DM o de su estado precursor, ya que un control de la DM podría disminuir el nivel de dolor.

Este es un procedimiento fácil de realizar desde la consulta del médico de familia, implicándose de este modo en el abordaje interdisciplinar del dolor crónico.

Pilar Escuer. Residente MFyC. HU Arnau de Vilanova Lleida

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 23-07-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### **Actitud oficial de la American Thoracic Society en relación con los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades respiratorias y patología crítica.**

*Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 177: 912-27.*

La American Thoracic Society publica su actitud oficial para presentar sus valores y principios de cara a los Cuidados Paliativos, de cara a aportar recomendaciones prácticas y para solicitar más apoyo en la formación e investigación en Cuidados Paliativos. En general, en el trabajo se repasan los principios de los Cuidados Paliativos, también en lo relativo al control de síntomas, sobre todo dolor y disnea, incluyendo los matices propios de los enfermos con patología respiratoria avanzada, como puede ser el manejo de ventiladores mecánicos. Y junto a ello se aportan conceptos que pueden resultar más prácticos o novedosos. Entre ellos están los valores más relevantes relativos a Cuidados Paliativos, como la relevancia de la familia y su cuidado, también en la atención del duelo, el interés y el respeto y el compromiso con las prioridades del enfermo, dentro de su propio contexto cultural y social. Por supuesto, los profesionales en Cuidados Paliativos deben tener una competencia contrastada. Las dos áreas principales de esta capacitación son la información y la relación personal que exige un perfil de empatía y compasión, de ser capaz de dar malas noticias, de saber acompañar al paciente y a sus cuidadores en los momentos más difíciles y de percibir las necesidades psicosociales y espirituales y de encontrar los medios para intentar resolverlas. La otra área hace referencia a la capacidad de afrontar los problemas clínicos y de tomar decisiones. En este ámbito entran la capacidad de afinar un pronóstico, el control de síntomas y toda la carga ética de las actitudes ante el final de la vida. El artículo también aporta unos criterios

prácticos para definir el paciente con patología respiratoria en situación terminal, con una expectativa de vida inferior a seis meses. Los dos criterios necesarios son, por una parte, el de presentar una patología respiratoria severa, con disnea de reposo y escasa respuesta a broncodilatadores, y progresiva, con una demanda asistencial creciente, y, por otra, hipoxemia (pO<sub>2</sub> basal < 55 o saturación con aporte de O<sub>2</sub> < 88%) o hipercapnia (pCO<sub>2</sub> > 50) confirmadas dentro de los tres meses previos. Otros criterios que pueden ser útiles son: presencia de cor pulmonale, pérdida de peso superior al 10% en los últimos seis meses o taquicardia (FC > 100 lpm) en reposo.

**Comentario**

Es positivo que las diferentes Sociedades Médicas capten la necesidad de Cuidados Paliativos de los pacientes atendidos por sus profesionales. Y que, a partir de ahí, definan y difundan su propia actitud. Esto es lo que ha intentado llevar a cabo la American Thoracic Society en este trabajo. Aparte de repasar conceptos más generales, que pueden ser conocidos para muchos de los lectores, aporta criterios prácticos en el manejo de problemas más específicos de los pacientes neumológicos e incluye un esquema sistematizado y práctico de los criterios de situación terminal en patología respiratoria. Y resulta interesante también el repaso de las aptitudes y actitudes de los profesionales que deberían caracterizar a los Cuidados Paliativos.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 30-07-2008  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Pregabalina en pacientes con dolor neuropático central: un ensayo clínico randomizado, doble ciego y controlado con placebo con dosis variables.**

*Vranken JH, Dijkgraaf MGW, Kruis MR, van der Vegt MH, Hollmann MW, Essen M. Pregabalin in patients with central neuropathic pain; a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen. Pain. 2008;136:150-157.*

Se estima que el dolor neuropático de tipo central ocurre en el 8% de pacientes con un accidente isquémico cerebral y en hasta el 40% de pacientes con lesiones medulares. Los mecanismos fisiopatológicos no se conocen todavía a ciencia cierta. Se han propugnado distintos procesos tales como la hiperexcitabilidad neuronal y la pérdida del efecto inhibitorio descendente en la médula espinal.

Se realiza este estudio incluyendo dos grupos de pacientes (n=20). Un grupo recibe placebo y el otro recibió pregabalina a dosis crecientes (150, 300 o 600 mg/día) en función del efecto analgésico obtenido. Si la mejoría en la percepción del

dolor fue < 1,8 puntos en la escala analgésica del dolor, se procedió a incrementar la dosis (o el número de cápsulas de placebo). El estudio se llevó a cabo durante 4 semanas y 16 pacientes en la rama placebo y 17 en la de pregabalina finalizaron el estudio. La media del dolor en el grupo placebo fue de 7.4 (+/- 1.0) al inicio y de 7.3 (+/- 2.0) al finalizar el estudio. En el grupo de pacientes que recibieron pregabalina los resultados fueron de 7.6 (+/- 0.8) y de 5.1 (+/- 2.9), respectivamente. Cabe decir que se permitió que los pacientes incluidos en el estudio mantuvieran el tratamiento analgésico previo (opioides, AINEs, baclofeno, antidepressivos tricíclicos y carbamacepina). Paralelamente, se evaluaron distintos parámetros de calidad de vida (PDI, EQ-5D y SF-36). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el EQ-5D, en la subescala de percepción corporal del SF-36 pero no en el PDI (Pain Disability Score). Finalmente, los autores concluyen que el NNT (Number Need to Treat) para pregabalina en este estudio es de 4.0.

### Comentario

Interesante estudio donde se concluye que pregabalina ayuda a mejorar el dolor en pacientes afectados de dolor neuropático central. Este es un tipo de dolor de difícil abordaje farmacológico precisándose de la utilización de varios fármacos al mismo tiempo. Llamen la atención en este estudio distintos aspectos. En primer lugar, que el placebo administrado no contenía un principio activo capaz de mimetizar los efectos secundarios de pregabalina. En segundo lugar, que tanto la randomización como el análisis de la mejoría del dolor se hizo en función de la patología de base y no en función del subtipo de dolor neuropático que presentaba el paciente. Finalmente, llama la atención que la mejoría parcial pero significativa del dolor en este grupo de pacientes (no olvidemos que se incluyen únicamente 40 pacientes en 2 grupos), no se ve reflejada en otras subcategorías de la escala de calidad de vida SF-36 como pueden ser la vitalidad y los aspectos sociales, emocionales y mentales de los pacientes). Quizás por el hecho de seguir presentando un dolor intenso al finalizar el estudio o quizás por el hecho de sólo haber transcurrido 4 semanas con la mejoría del dolor después de haberlo presentado por un espacio de tiempo > 6 meses (criterio de inclusión).

Dra. Pilar Escuer. Residente MFyC.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 05-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### Una dieta pobre en poliaminas mejora la hipersensibilidad al dolor.

*Rivat C, Richebé P, Laboureyas E, Laulin JP, Havois R, Noble F, Moulinoux JP, Simonnet G. Polyamine deficient diet to relieve pain hypersensitivity. Pain.*

2008;137:125-137.

Los receptores NMDA están implicados en el desarrollo y posterior mantenimiento del fenómeno de hipersensibilidad. Sin embargo, los efectos secundarios observados en los tratamientos a largo plazo con antagonistas de estos receptores limitan su uso. Se ha observado que las poliaminas modulan el funcionamiento de los receptores NMDA y que éstas se obtienen a partir de la dieta y del metabolismo bacteriano en el intestino. El objetivo de los autores es, a partir de un modelo murino, demostrar cómo una dieta pobre en poliaminas mejora el componente de hiperalgesia en el dolor asociado con la inflamación. Después de someter a los ratones durante 7 días a una dieta pobre en poliaminas (restricción alimentos + descontaminación intestinal mediante aportes de antibióticos), los autores concluyen que este tipo de dieta es útil en la prevención del componente de hipersensibilidad del dolor, especialmente en aquellos ratones que fueron sometidos a tratamiento con opioides, sin observarse los efectos psicomiméticos asociados al tratamiento farmacológico con antagonistas de los receptores NMDA.

### Comentario

Siempre es interesante la asociación de medidas no farmacológicas con farmacológicas para el tratamiento de cualquier síntoma y más si este es el dolor. Los autores, satisfechos de los resultados obtenidos en el estudio, han iniciado un estudio más ambicioso llamado Polydol, cuyo objetivo es el de valorar el efecto analgésico de la restricción de poliaminas en la dieta en pacientes quirúrgicos. Dado que en pacientes oncológicos avanzados se presenta el síndrome caquexia - astenia - anorexia con bastante frecuencia (en función de la localización de la neoplasia primaria) y que ya de por sí supone una limitación en la ingesta de la dieta (no sabemos si afecta o no a las poliaminas), no creemos que pueda constituir una nueva arma en nuestro arsenal terapéutico. Esperamos los resultados del estudio Polydol para ver qué aplicaciones puede tener la restricción de las poliaminas en la dieta en los pacientes en fase paliativa de la enfermedad y que presentan el fenómeno de hiperalgesia.

Joan Pere Fabregat. Residente de MFyC.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 18-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

**Alvimopan, un antagonista periférico de los receptores opioides mu para el tratamiento de la disfunción intestinal inducida por opioides: Resultados de un estudio aleatorizado, con doble ciego, controlado con placebo, para determinación de dosis en pacientes tratados con opioides para el dolor no oncológico.**

Webster L, Jansen JP, Peppin J, Lasko B, Irving G, Morlion B, Snidow J, Pierce A, Mortensen E, Kleoudis C, Carter E. *Alvimopan, a peripherally acting mu-opioid receptor (PAM-OR) antagonist for the treatment of opioid-induced bowel dysfunction: Results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, dose-finding study in subjects taking opioids for chronic non-cancer pain.* *Pain.* 2008;137:428-440.

En este artículo original se describe un estudio a doble ciego, comparando la eficacia de diferentes dosis de Alvimopan y placebo en pacientes aleatorizados para el control de la disfunción intestinal producida por el uso de opioides. Los resultados muestran que cualquier dosis de Alvimopan es significativamente superior al placebo ( $p < 0.05$ ) tanto en la mejoría de la motilidad espontánea del intestino, la frecuencia de ésta, la consistencia de las heces, la mejoría sintomática y la valoración de la calidad de vida. Los efectos secundarios no fueron estadísticamente significativos respecto al grupo placebo, siendo la mayoría de estos síntomas gastrointestinales. Además parece mejorar efectos secundarios de los opioides en el tracto digestivo diferentes al estreñimiento, como las náuseas, la plenitud abdominal y el apetito. El estudio muestra como el uso de Alvimopan puede restaurar la función intestinal en pacientes que usan opioides de forma crónica. Establece como dosis óptima el uso de 0,5 mg cada 12 horas por vía oral, siendo esta la que presenta mejor perfil riesgo-beneficio. Parece ser que permita también una reducción en el uso de opioides (medido con dosis equivalente de morfina). En el estudio no se usó ningún laxante asociado, apareciendo mejoría en la disfunción intestinal a pesar de prescindir del uso de éstos.

### Comentario

El estreñimiento se encuentra inevitablemente asociado al uso de fármacos opioides pudiendo llegar a convertirse en un factor limitante al uso de éstos. Según este estudio, Alvimopan parece un fármaco prometedor para la prevención y el tratamiento del estreñimiento en los casos debidos exclusivamente a la toma de opioides. De esta manera se podría evitar o al menos reducir el uso de los laxantes clásicos. Se podría plantear el uso asociado de Alvimopan al opioide ya desde el inicio del tratamiento, evitando así la aparición de la constipación. En cuidados paliativos podemos encontrar pacientes, como es el caso del paciente oncológico, en los que la disfunción del intestino no sea debida exclusivamente al uso de opioides y de origen multifactorial (inmovilidad del paciente, problemas locales del intestino, uso de otros fármacos que también produzcan estreñimiento, desnutrición, ingesta pobre de líquidos, etc.). En estos casos el uso de Alvimopan no estaría, en principio, indicado.

Joan P. Fabregat. Residente MFyC.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 20-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### Ratio de incidencia y tratamiento del dolor neuropático en la población general.

*Dieleman JP, Kerklaan J, Huygen FJPM, Bouma PAD, Stukenboom MCJM. Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population.* *Pain.* 2008;137:681-688.

El dolor neuropático es un complejo tipo de dolor que se inicia o está causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso. Las causas pueden ser de diversa naturaleza incluyendo la diabetes mellitus, enfermedades infecciosas tales como el VHZ y el VIH y secundarias a fenómenos compresivos (síndromes de atrapamiento). Los autores realizan este estudio en los Países Bajos, en el ámbito de la atención primaria de salud. A partir de una base de datos donde están incluidos 362.693 pacientes con unas características demográficas que se consideran representativas del total de la población del país. Se identifican 9135 nuevos casos anuales de dolor neuropático, con un ratio de incidencia de 8,2/1000 habitantes/año. Las etiologías que más contribuyen a estas cifras son las mononeuropatías y el síndrome del túnel carpiano, con un ratio de incidencia del 4.3 y 2.3 casos por 1000 habitantes y año, respectivamente. La neuropatía diabética aporta 0.72 casos y la neuralgia postherpética 0.42. Más del 50% de los pacientes diagnosticados de dolor neuropático recibieron tratamiento analgésico durante los 6 meses previos al estudio. De entre los fármacos más utilizados, destacan los AINEs y AAS mientras que los fármacos anticonvulsivantes y los antidepresivos tricíclicos (ADT) fueron prescritos únicamente al 4.8 y al 4.7% de los pacientes, respectivamente. Se concluye además que el dolor neuropático afecta a un 1% del total de la población y que es más frecuente entre mujeres de mediana edad.

### Comentario

El uso de bases de datos donde se incluyen pacientes de la atención primaria de salud son cada vez más frecuentes en la investigación. Estas bases de datos son particularmente utilizadas en países donde se prima la complejidad de los procesos sobre la cantidad de los mismos, y todo esto para sentar de las bases de la financiación de la atención sanitaria. La limitación más importante es, sin duda, que para dar validez a los resultados obtenidos a partir de una base de datos, es imprescindible que los médicos de la atención primaria cumplan con los protocolos de calidad para que los datos reflejados en estas bases de datos sean fiables y extrapolables.

Por todo esto, consideramos que la cifra real de la población afectada de algún tipo de dolor neuropático exceda el 1% hallado por los investigadores. Y, si es cierto que tanto los anticonvulsivantes como los ADT se prescriben relativamente poco, hay que ir pensando en abastecer de

guías clínicas de fácil uso y manejo a la atención primaria de salud. El objetivo debe ser que los tratamientos disponibles sean prescritos en base al conocimiento y a la evidencia científica para optimizar, de esta manera, los resultados.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 26-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### **Tetrodotoxina inhibe el desarrollo y la expresión del dolor neuropático inducido por paclitaxel en ratones.**

*Nieto FR, Entrena JM, Cendán CM, Del Pozo E, Vela JM, Baeyens JM. Tetrodotoxin inhibits the development and expression of neuropathic pain induced by paclitaxel in mice. Pain. 2008;137:520-531.*

Ciertos fármacos antineoplásicos (taxanos, alcaloides de la vinca, compuestos de platino) pueden provocar neurotoxicidad en el sistema nervioso periférico que, desde el punto de vista clínico, puede suponer una complicación significativa que se convierta en motivo para interrumpir el tratamiento a la vez que provoque una alteración importante en la calidad de vida del paciente.

Los autores de este trabajo evalúan el efecto de dosis bajas de tetrodotoxina (TTX) administrada por vía sistémica en el desarrollo de dolor neuropático inducido por paclitaxel en ratones. La administración de Paclitaxel a dosis de 2 mg/kg al día durante 5 días provocó hiperalgnesia al calor, alodinia mecánica y alodinia inducida por el frío. Este efecto, que duró entre 2-4 semanas, obtuvo su máxima expresión a los 7, 10 y 10-14 días respectivamente. La administración de 1-3µg/kg de TTX redujo la expresión de la alodinia mecánica mientras que fueron necesarias dosis superiores de TTX (3-6 µg/kg) para la reducción de la manifestación de la alodinia por frío y de la hiperalgnesia por el calor. Cabe decir que la administración de TTX en ratones que no fueron tratados previamente con paclitaxel no modificó la respuesta a los mismos estímulos.

Los autores concluyen que la administración de TTX a dosis de 6 µg/kg por vía s.c. antes de la infusión de paclitaxel evitó la aparición de la alodinia por calor y por frío. No se observaron efectos secundarios atribuidos al tratamiento con TTX.

#### **Comentario**

Los resultados obtenidos sugieren que el uso de dosis bajas de TTX de manera concomitante con paclitaxel puede ayudar en la prevención de la aparición de diversas neuropatías y que los canales del sodio sensibles a TTX juegan un papel importante en la patogénesis de esta complicación.

TTX es un potente neurotóxico por lo que debería de ser utilizado con suma precaución en humanos aunque, a tenor de los resultados ofrecidos por este grupo de

investigadores, son necesarias dosis subtóxicas en ratones para conseguir el efecto deseado.

Como siempre en estos casos, habrá que ver la traducción de estos resultados al ser humano.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 28-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### **Los estrógenos alteran la actividad del receptor NMDA a nivel espinal a través de la fosfoquinasa A (PKA) en un modelo de dolor visceral en ratas.**

*Tang B, Ji Y, Traub RJ. Estrogen alters spinal NMDA receptor activity via a PKA signaling pathway in a visceral pain model in the rat. Pain. 2008;137:540-549.*

El dolor de origen visceral es uno de los más comunes en el ser humano. En general, las mujeres son más sensibles al dolor que los hombres. Alteraciones funcionales intestinales (como puede ser el síndrome del colon irritable), presentan una prevalencia entre 2 ó 3 veces superior en las mujeres. La severidad de este dolor en las mujeres fluctúa con el ciclo menstrual, sugiriendo una modulación de la percepción del dolor por parte de las hormonas sexuales femeninas. Estos datos sugieren que los estrógenos juegan un papel importante en la modulación del estímulo nociceptivo de origen visceral. El propósito de este estudio es el de determinar los mecanismos por los que el estradiol modula el proceso nociceptivo a través del receptor NMDA, en la médula espinal. Basándose en un modelo murino, los autores someten a diferentes pruebas a los animales, divididos éstos en dos grupos principales: uno que ha sido sometido a una ovariectomía y el otro al que además se le proporciona tratamiento con estradiol.

Los autores concluyen que: 1) la actividad del receptor NMDA a nivel espinal está modulado por el estradiol; 2) existe una colocalización del receptor estrogénico con los receptores NMDA en el asta posterior de la médula espinal; 3) que un incremento en la expresión de los receptores NMDA y de la fosforilización de la subunidad NR1 del receptor NMDA mediante la fosfoquinasa A (PKA) en las ratas tratadas con estradiol, contribuye a la distinta actividad de los receptores NMDA espinales en la modulación del proceso nociceptivo visceral.

#### **Comentario**

No se nos puede escapar el hecho de la modulación de la actividad del receptor NMDA por los estrógenos puede considerarse como una atractiva posibilidad para el tratamiento del dolor en nuestros pacientes pero, de momento, este artículo debe ser visto solamente como un avance en la comprensión del complejo funcionamiento del proceso del dolor en el ser humano.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 31-08-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### ¿Tiene efectos en el uso de intervenciones médicas el reconocimiento de la fase terminal?

*Does Recognition of the Dying Phase Have an Effect on the Use of Medical Interventions? Verbeek L, Van Zuylen L, Swart SJ, Jongeneel G, Van Der Maas PJ, Van Der Heide A. J Palliat Care. 2008;24(2):94-99.*

La realización de determinadas intervenciones en pacientes en fase terminal han sido cuestionadas, ya que éstas no siempre promueven el confort del enfermo, objetivo principal en estos pacientes. En algunos estudios se ha observado que pacientes que tienen una terapia cuyo objetivo principal es el confort, todavía reciben tratamientos para prolongar la vida. Por esto, en este estudio se planteó cómo el reconocer que un paciente está en fase terminal tiene efecto en las intervenciones médicas. Comparando las intervenciones terapéuticas y diagnósticas realizadas los tres últimos días de la vida de pacientes en fase terminal reconocida y no reconocida. En este estudio se incluyeron 489 de los 613 pacientes que fallecieron ya fuera en un hospital o cualquier otro centro de cuidados entre Noviembre de 2003 y Febrero 2006, todos en el sudeste de los Países Bajos. Se observó que el reconocimiento de la fase terminal no afectó a la aplicación de terapias farmacológicas y el número de otras intervenciones terapéuticas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones terapéuticas aplicadas a ambos grupos (antibioticoterapia, radioterapia, quimioterapia). Y, aunque el reconocimiento de la fase terminal disminuyó el número de intervenciones diagnósticas, un 39% de los pacientes recibieron una o más intervenciones en dicha fase, principalmente los enfermos hospitalizados. Siendo de éstos, los pacientes diagnosticados de cáncer los que recibieron menos intervenciones diagnósticas.

### Comentario

Desde el punto de vista metodológico, cabe destacar que la supervivencia media de los pacientes en los que sí se reconoció la fase terminal no superó las 24 horas de vida (27 horas para ser más concretos), por lo que la breve supervivencia de estos pacientes pudiera condicionar las actitudes de los cuidadores. Durante la fase terminal, se tendrían que evitar las intervenciones que no promovieran el confort del paciente. Y aunque se ha visto que el reconocimiento de esta fase ha disminuido el número de intervenciones diagnósticas, sería interesante hacer un mayor abordaje multidisciplinar para lograr que en el inicio de la fase terminal se realizaran los justos cuidados necesarios para proporcionar el mayor confort del paciente.

Pilar Escuer Residente MFyC

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 08-09-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

### Catéter peritoneal para drenaje continuo de ascitis en pacientes con cáncer avanzado.

*Mercadeante S, Intravaia G, Ferrera P, Villari P, David F. Peritoneal catheter for continuous drainage of ascitis in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2008;16:975-978.*

En el presente trabajo se nos ofrece la experiencia de 40 pacientes con ascitis maligna refractaria a tratamiento dietético y diurético a los que se les coloca un catéter peritoneal. Llama la atención que el catéter se trata de una vía venosa central tipo subclavia que se coloca tras inserción de una guía y dilatación de la piel y tejido celular subcutáneo. La edad media de los pacientes fue 68 años, con una distribución por sexos del 50%. La duración media del ingreso fue de 5 días. La supervivencia media fue de 38.9 días (1-120). Fueron dados de alta al domicilio 34 pacientes. Un tercio de los pacientes presentaron algún tipo de problema mecánico con el catéter aunque en ningún caso sufrieron infecciones.

### Comentario

Se trata de un trabajo interesante que ofrece opciones de tratamiento en el caso de la ascitis refractaria y recidivante. Los autores justifican la utilización de un catéter venoso central para la técnica ante la ausencia en el mercado de catéteres específicos. Por lo que respecta a nuestro país existe en el mercado un sistema de drenaje peritoneal en condiciones de asepsia ya que se realiza con un sistema de vacío.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 14-09-2008  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Sedación Paliativa en América Latina: estudio sobre prácticas y actitudes.

*Moyano J, Zambrano S, Ceballos C, Santacruz CM, Guerrero C. Palliative sedation in Latin America: Survey on practice and attitudes. Support Care Cancer. 2008;16:431-435.*

Este trabajo nos presenta una encuesta realizada a participantes en el Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos de 2006. La encuesta explora además de las variables demográficas, las indicaciones de la sedación paliativa y la relación que existe entre la práctica de sedación paliativa y factores como el tipo de profesional, la antigüedad profesional y las barreras para su desarrollo. Destacan como resultados: que de los 256 participantes en el congreso el índice de respuestas fue del 34% (84). Respondieron de forma mayoritaria los médicos (69%) y los venezolanos (40%). Los autores señalan que ser médico, trabajar en un equipo de cuidados paliativos y no tener barreras para su desarrollo se relacionaba, en el análisis univariable con la utilización de la sedación paliativa. No encontraron diferencias en cuanto al sexo, edad, antigüedad en la profesión. Entre las indicaciones de sedación (por orden de frecuencia) se señalan: Problemas gastrointestinales, sufrimiento emocional de la familia, otras causas, sufrimiento emocional del paciente, delirium, dolor y disnea. Como limitaciones para la sedación paliativa se destacan (por orden): La opinión de otros profesionales, la opinión de la familia, aspectos técnicos y, aspectos legales.

### Comentario

Se trata de un trabajo interesante desde el punto de vista que explora el tema de la sedación paliativa en América Latina, ya que la mayor parte de las publicaciones sobre el tema se centran en Norte América y Europa. No obstante la muestra que responde las encuestas es pequeña y se establecen asociaciones un tanto obvias: es normal que los médicos estén más vinculados a la sedación que psicólogos y enfermeras ya que ellos disponen de la capacidad para llevarla a efecto. Por otro lado sorprende que una de las causas de sedación sea el sufrimiento emocional de la familia. Parece necesario completar este estudio con trabajos prospectivos que documenten la realidad de la sedación paliativa en América Latina.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 22-09-2008  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Apoyo nutricional como parte de un tratamiento multimodal en caquexia inducida por cáncer.

*Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. Support Care Cancer. 2008;16:447-451.*

Este trabajo repasa la fisiopatología del síndrome Anorexia-Caquexia en el paciente con cáncer señalando los mecanismos implicados en el desarrollo de la malnutrición y el balance energético. También hace un breve repaso sobre el papel de la nutrición parenteral y otros tratamientos, y apunta nuevas líneas terapéuticas como son: la hormona

del crecimiento, los antiinflamatorios no esteroideos, dosis muy bajas de insulina.

### Comentario

Se trata de un trabajo de fácil lectura que repasa los conocimientos existentes y señala líneas de tratamiento en fase de investigación.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 22-09-2008  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### La duración del sueño contribuye a la percepción del dolor del día siguiente en la población general.

*Edwards RR, Almeida DA, Klick B, Haythonthwaite JA, Smith MT. Duration of sleep contributes to next-day pain report in the general population. Pain. 2008;137(1):202-207.*

El dolor persistente es un problema de salud muy prevalente, en el que hay muchos factores de riesgo que lo pueden producir, algunos de ellos modificables. Algunos estudios han indicado que la privación del sueño produce aumento de la sensibilidad del dolor y disminución de la función endógena de su sistema inhibitorio. Por lo tanto, estos individuos que sufren alteraciones del sueño tienen un elevado riesgo de desarrollar en un futuro problemas relacionados con el dolor.

En US se realizó un estudio micro-longitudinal de una muestra representativa de 1013 participantes de edad adulta en el que se valoró la asociación entre la duración del sueño nocturno con el dolor el día siguiente. Durante aproximadamente una semana, se realizaron diariamente entrevistas telefónicas cortas preguntando sobre las experiencias diarias, las características del sueño y los síntomas, a través de una escala de dolor de 5 puntos. También se recogieron otros datos como el peso, la medicación prescrita, problemas crónicos relacionados con el sueño, desórdenes emocionales y otros problemas de salud crónicos. Clasificando también el sueño según su duración en <6h, 6-9h y >9h. Se observó relación significativa en relación al dormir con el dolor el día siguiente y sobre el dolor previo con el dormir posterior. Otras covariantes significativamente asociadas fueron la edad joven, el aumento de masa corporal, elevado número de co-morbilidad de otras condiciones crónicas, la presencia de desórdenes emocionales, el uso de medicación y la presencia de una condición para el dolor. Los resultados obtenidos sugieren una significativa asociación prospectiva entre la duración del sueño y el posterior dolor diario, siendo los individuos que duermen menos de 6 horas o más de 9 los que tienen mayores quejas al día siguiente, estos últimos, probablemente, a causa de un sueño poco continuo. Por lo tanto, en este estudio, a pesar de tener algunas limitaciones, como la utilización de participantes no

randomizados, la medida de un sólo aspecto del dolor diario y sueño nocturno, se obtuvieron datos en los que se observaba una asociación entre la disminución del sueño y el consecuente aumento del dolor, coincidiendo con los datos e hipótesis obtenidas hasta ahora.

## Comentario

La alteración del sueño es un problema de gran prevalencia en la población. Parece ser que no tener un sueño de calidad puede afectar a la vida diaria, por lo que sería importante para los profesionales de la salud, detectar este problema y actuar sobre él para proporcionar mayor confort a los pacientes y sobretodo, evitar padecer síntomas que podrían ser evitables. Los textos clásicos de medicina paliativa ya sugieren que el primer objetivo en el control del dolor crónico es, precisamente, conseguir un buen descanso nocturno como primer paso para disminuir el umbral del dolor del día siguiente.

Pilar Escuer Residente MFYC

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 17-09-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

## Colaboración entre enfermera y médico en el tratamiento del dolor en domicilio en pacientes oncológicos en fase terminal.

*Ishikawa H, Kawagoe K, Kashiwagi M. Nurse-physician collaboration in pain management for terminally ill cancer patients treated at home in Japan. J Palliat Care. 2007; 23(4):255-261.*

Este estudio describe la colaboración entre médicos y enfermeras para el correcto abordaje y tratamiento del dolor oncológico en enfermos oncológicos en fase terminal, cuando éstos son atendidos en un ámbito no hospitalario. Se mandó por correo un cuestionario a un total de 565 instituciones de Japón que cuidaban de enfermos oncológicos terminales. Estas instituciones se dividieron en 2 grupos, dependiendo del número de pacientes fallecidos anualmente ( $\leq 10$  ó  $> 10$ ). Dentro de los parámetros que se estudian, destacan: existencia de un manual para el abordaje del dolor en el domicilio, la puesta en común entre el médico y la enfermera sobre el abordaje del dolor en un paciente determinado previo a la visita en el domicilio y la interpretación de las órdenes médicas por parte de las enfermeras, entre otras. Respondieron 177 instituciones (20,7%). Menos de una tercera parte de estas instituciones tenía un documento que hacía referencia al tratamiento domiciliario de sus pacientes. Un 11% poseía un equipo de atención domiciliario propio. La media de pacientes fallecidos en el domicilio fue de 8 (0-133). 126 instituciones (71,2%) cuidaron a  $< 10$  pacientes/año. En la mayoría de estas instituciones la valoración entre el médico y el personal de

enfermería acerca del dolor (causa, severidad, valoración, dosis inicial, efectos adversos) sólo se realizaba a veces, observándose que en aquellas instituciones donde se atendía a un mayor número de defunciones en el domicilio, la puesta en común se realizaba con mayor frecuencia. Algunos médicos notaron que debían usar órdenes estándar con enfermeras experimentadas, dando un margen de confianza a las enfermeras que atendían en domicilio en cuanto a evaluación y decisión, en cambio, escribirían órdenes más concretas para cada síntoma cuando la atención la realizaban enfermeras con menos experiencia, para eximirles de toda responsabilidad. También los métodos de colaboración entre médico y enfermera variaban dependiendo de la institución. En aquellas instituciones donde atendían menos enfermos, no tenían la necesidad de educar al personal de enfermería en cuanto al manejo y evaluación de síntomas como tampoco en la discusión de planes de tratamiento.

## Comentario

El abordaje del tratamiento del dolor en enfermos oncológicos en fase terminal está influenciado por la buena relación entre médico y enfermera. La carencia de esta colaboración médico-enfermera organizada, plantea un cambio en el sistema sanitario en el que el protagonista sea el paciente, en el sentido de que deben coordinarse los equipos asistenciales para mejorar esta atención. Los profesionales están obligados a mejorar sus competencias en términos cualitativos y cuantitativos. Esto pasa por asignar nuevos roles y nuevas competencias profesionales a las enfermeras, dado que su cualificación permite realizar tareas que tradicional y legalmente están asignadas a otro colectivo y que merman la eficiencia del sistema y desamparan la seguridad jurídica del quehacer cotidiano de los profesionales de Enfermería.

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Eva Barallat Gimeno, 24-09-2008  
PADES S.U.N. Hospital Sta. Maria. Lleida

## Sulfito de hidrógeno como un nuevo mensajero en la nocicepción.

*Kawabata A, Ishiki T, Nagasawa K, Yoshida S, Maeda Y, Takahashi T, Wada T et al. Hydrogen sulfide as a novel nociceptive messenger. Pain. 2007;132:74-81.*

El sulfito de hidrógeno (H<sub>2</sub>S) es un gasotransmisor endógeno que participa en distintos procesos biológicos entre los que destaca la inflamación en mamíferos. El sulfito de hidrógeno es un gas maloliente que se forma de forma endógena a partir de la L-cisteína mediante la cistación-gamma-liasa en los tejidos periféricos y a partir de la cistación-beta-sintasa en el sistema nervioso central. Las concentraciones de H<sub>2</sub>S son relativamente elevadas en los tejidos de los mamíferos y en

la sangre y su nivel aumenta con los procesos inflamatorios. Recientemente se ha descrito que H2S puede inhibir el efecto nociceptivo visceral que aparece en respuesta a la distensión colorrectal en ratas, mediante la activación de los canales de potasio sensibles a ATP. El presente estudio investiga la posible actuación de H2S en el proceso de activación nociceptiva a nivel periférico, en un modelo murino. Los autores demuestran la aparición del fenómeno de hiperalgesia después de la aplicación de H2S en tejidos periféricos a través de la modulación negativa de los canales de calcio tipo T.

### Comentario

Aunque estos resultados únicamente sugieren la participación del H2S en el fenómeno de la hiperalgesia en ratas, es interesante ver cómo el conocimiento de la patogénesis del dolor se va incrementando de manera progresiva. De esta manera, conocemos cada vez más mediadores que contribuyen a clarificar los complejos mecanismos de la creación del fenómeno de la nocicepción. El receptor vaniloide y los gasotransmisores NO, CO y H2S se unen, de esta manera, al complejo mundo del conocimiento de las vías del dolor.

Palliative Medicine

**Revisor:** Jaime Canal Sotelo, 24-09-2008  
UCP Hospital Jaime d'Urgell

### Estimulación espinal (SCS) versus tratamiento médico convencional en el dolor neuropático: un estudio multicéntrico, randomizado y controlado en pacientes con el failed back surgery syndrome (FBSS)

*Kumar K, Taylor RS, Jacques L, Eldabe S, Meglio M, Molet J, Thomson S, O'Callaghan J, Eisenberg E, Milbouw G, Buchser E, Fortini G, Richardson J, North RB. Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: A multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. Pain. 2007;132:179-188.*

Los pacientes con dolor neuropático secundario al FBSS presentan, típicamente, dolor persistente y disminución de la calidad de vida. En este estudio se randomizaron 100 pacientes con FBSS con dolor radicular que recibieron tratamiento combinado con SCS más tratamiento médico convencional o bien solamente este último, por un período de tiempo no inferior a 6 meses. Al cabo de este tiempo, los pacientes que recibieron el tratamiento combinado presentaron una mejoría > 50% en el síntoma dolor (48% frente al 9% en el grupo control), además de mejoría en parámetros cualitativos como calidad de vida, capacidad funcional y satisfacción con el tratamiento.

### Comentario

La estimulación medular, antaño terapia ampliamente utilizada por las clínicas del dolor, ha sufrido un importante desuso con la introducción de pautas farmacológicas científicas (escala analgésica de la OMS). Aunque la aplicación de estas guías puede conseguir tratar el dolor en un porcentaje elevado de casos, no es infrecuente ver en la literatura cómo pacientes oncológicos avanzados presentan una elevada incidencia de dolor. Aunque este estudio se diseñó para pacientes no oncológicos y que la valoración para ver la mejoría o no del dolor se realizó al cabo de 6 meses (quizás demasiado elevado para las supervivencias de nuestros pacientes), sería interesante ver cómo responden los pacientes oncológicos ante esta terapia.

Pain

**Revisor:** Jaime Canal Sotelo, 28-09-2008  
UCP Hospital Jaime d'Urgell

### Validación del S-LANSS en la comunidad.

*Weingarten TN, Watson JC, Hooten WM, Wollan PC, Melton III LJ, Lockett AJ, Wong GY, Yawn BP. Validation of the S-LANSS in the community setting. Pain. 2007;132:189-194.*

El dolor neuropático es de difícil diagnóstico. Por este motivo, distintos autores han desarrollado instrumentos de valoración que pudieran ayudar en su diagnóstico. En 2001, Bennet et al desarrollan el Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS). Con este cuestionario pretendían distinguir, de entre los pacientes con dolor crónico, aquellos que presentaban un componente neuropático. El LANSS consiste en un total de 7 ítems de los que 5 corresponden a síntomas relacionados con el dolor y 2 a aspectos del dolor evaluados por los profesionales sanitarios (alodinia e hipoestesia). Las respuestas pueden ser SI o NO (con distintas puntuaciones), pudiéndose conseguir un máximo de 24 puntos. Los autores consideran sugestivo de dolor neuropático puntuaciones globales > 12. Dado que el LANSS no se considera apropiado para el estudio del dolor neuropático en grandes poblaciones, se desarrolló el S-LANSS (Self-Administered Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) en 2005, con este objetivo.

Los autores desarrollan este estudio en los EEUU de América sobre una población afecta de dolor crónico previamente randomizada con el objetivo de conseguir una prevalencia de dolor neuropático elevada. Los sujetos incluidos en el estudio completaron el S-LANSS por correo o por vía telefónica. Posteriormente, todos ellos fueron entrevistados en la consulta. Participaron en el estudio 205 sujetos. Dieron positivo (puntuación >12) 83 (40%) de los que respondieron por correo y 59 (34%) de los que

respondieron por teléfono. La valoración clínica identificó un 37% de pacientes con dolor neuropático. Comparando con la valoración clínica del dolor, la sensibilidad y especificidad de los que respondieron por correo fue del 57% (95% CI, 46-49%) y 69% (95% CI, 61-77%), respectivamente. Para los que respondieron por teléfono los resultados fueron del 52% (95% CI, 39-64%) y 78% (95% CI, 68-85%). Estos resultados son sensiblemente inferiores a los que se obtuvieron en la validación inicial del S-LANSS.

### **Comentario**

Según los autores, el S-LANSS no sería un test válido para el despistaje de dolor neuropático en un ambiente comunitario. El hecho de obtener cifras de sensibilidad y especificidad sensiblemente inferiores en este estudio puede explicarse, entre otros, por el hecho de que Bennet desarrolló el test original en el ambiente hospitalario (unidades de dolor), donde los pacientes ya estaban seleccionados. También por el hecho de que Bennet comparó el S-LANSS con el NPS (Neuropathic Pain Scale) que no está validado como un instrumento de despistaje en el dolor neuropático.

El patrón oro para el diagnóstico del dolor neuropático sigue siendo, pues, la valoración clínica por profesionales especializados en la valoración y tratamiento del dolor en general y del dolor neuropático en particular.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 28-09-2008  
UCP Hospital Jaume d'Urgell

---