

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



36ª Entrega. Diciembre 2008

INDICE

Articulo	Pag.
Cambios en la cantidad y en el nivel de evidencia de la literatura referida a Cuidados Paliativos y Hospice: el siglo pasado.	1
Tratamiento de los pacientes con carcinoma colorrectal asintomático y metástasis hepáticas sincrónicas.	1
La empatía duele: la compasión por los demás aumenta los componentes sensorial y afectivo de la percepción del dolor.	2
Dolor óseo metastático: Opciones de tratamiento destacando el papel de los difosfonatos.	2
Aplicaciones terapéuticas establecidas y potenciales del octeotide en cuidados paliativos.	2
Estudio randomizado controlado, doble ciego contra placebo de la mezcla de betahidroxil betametilbutirato, glutamina y arginina para el tratamiento de la caquexia inducida por cáncer (RTOG 0122)	3
Significado de la vida evaluado con el "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): una comparación entre pacientes oncológicos y una muestra de estudiantes.	3
Factores que afectan el estado funcional en pacientes con dolor secundario a cáncer.	4
Impacto del dolor en los resultados del tratamiento de la depresión: Resultados del estudio RESPECT.	4
Comparación entre masaje y contacto físico en la mejoría del dolor y del estado de ánimo en enfermos con cáncer avanzado.	5
Estudio cualitativo sobre lo que los oncólogos cuentan a los pacientes sobre el beneficio en supervivencia de la quimioterapia paliativa y sus implicaciones en el consentimiento informado.	6
Consulta nacional con personal sanitario, políticos, académicos y grupos de usuarios para mejorar los cuidados en la etapa terminal por parte de los médicos generales.	6
Estudios comparativos con distribución aleatoria en Cuidados Paliativos: encuesta sobre el punto de vista de pacientes y familiares.	7
Lugar de defunción de pacientes no oncológicos y oncológicos en el sur de Australia: Un estudio poblacional.	7
Los sistemas endocanabinoide y serotoninérgico son necesarios para la inducción analgésica por el paracetamol.	8
Gabapentina en el dolor secundario a lesión nerviosa traumática: Estudio doble ciego, controlado con placebo, cruzado y multicéntrico.	8
Efecto aditivo de tramadol y paracetamol en un modelo humano de dolor.	9
Estudio de corte sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes que solicitan suicidio asistido.	9

Artículo	Pag.
Características de los pacientes derivados a un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos en el domicilio.	10
Metadona: ECG o no ECG. Esa es todavía la cuestión.	10
Suicidio asistido y eutanasia no se deben llevar a cabo en Unidades de Cuidados Paliativos.	11
El valor terapéutico de la risa en medicina.	11
La asociación de síntomas físicos y psicológicos con el tiempo hasta el fallecimiento en pacientes oncológicos paliativos ambulatorios.	12
Prevalencia del dolor en enfermos oncológicos: revisión sistemática de los últimos 40 años.	12
Procedimientos invasivos y quirúrgicos en el manejo del derrame pleural recidivante de etiología maligna.	13
Prevalencia del dolor oncológico infratratado: revisión de la literatura.	13
Modelo para predecir la supervivencia en pacientes con cáncer avanzado.	14
¿Es beneficioso para los enfermos con un cáncer de pulmón irresecable rellenar un diario que registre su calidad de vida?	14

Cambios en la cantidad y en el nivel de evidencia de la literatura referida a Cuidados Paliativos y Hospice: el siglo pasado.

Tieman J, Sladek R, Currow D. Changes in the quantity and level of evidence of Palliative and Hospice Care literature: the last century. J Clin Oncol 2008; 26: 5679-83.

Los autores realizan un análisis bibliométrico de las publicaciones y de los ensayos clínicos realizados en el campo de los Cuidados Paliativos y Hospice. Se introdujeron en Medline las claves palliat- OR Hospice OR terminal care, que alcanzan una especificidad superior al 99,9% en búsqueda electrónica. Los resultados se agruparon en bloques de cinco años y se analizaron los datos absolutos y acumulativos desde 1970 a 2005 de las referencias y de los ensayos clínicos publicados tanto en revistas generales como en las específicas de Cuidados Paliativos y/o Oncología. La proporción de artículos referidos a Cuidados Paliativos aumentó de 0,11% entre 1970 y 1975 a 0,38% entre 2000 y 2005. En este mismo periodo, la proporción de ensayos clínicos dentro de todos los artículos de Cuidados Paliativos aumentó del 1,78% al 7,22% y la proporción entre todos los ensayos clínicos de los dedicados específicamente a Cuidados Paliativos del 0,25% al 0,82%. En el análisis de las revistas comprometidas con la publicación de ensayos clínicos en Cuidados Paliativos se aprecia una cuarta parte de los ensayos se publican en un núcleo de ocho revistas. A partir de ahí el número de revistas que ocupan los otros cuartiles se multiplica por cuatro de manera exponencial. Más de la mitad de las revistas sólo han publicado un ensayo en todo este periodo; sólo 19 de ellas mantienen un promedio de publicación de al menos un ensayo clínico sobre Cuidados Paliativos al año. La mayor parte de los ensayos se publican en revistas de Cuidados Paliativos y/o Oncología: JPSM 5,5% de los ensayos, Cancer 3,5% y JCO 3,4%. De las revistas generales de Medicina las que destacan son: Lancet, con el 1,1% de los ensayos, BMJ con 0,6%, JAMA con 0,3% y NEJM con 0,3%. Las revistas que tienen una proporción más elevada de ensayos clínicos entre los artículos que publican son: Palliative Medicine 9%, JPSM 8%, Journal of Palliative Medicine 4%, Supportive Care in Cancer 3% y Journal of Palliative Care 3%.

Comentario

El trabajo muestra cómo mediante técnicas bibliométricas se puede hacer una estimación del impacto y de la investigación clínica global en Cuidados Paliativos. Aunque las cifras siguen siendo bajas, con una proporción de citas o de ensayos clínicos (en Medline) por debajo del 1%, el crecimiento es realmente importante. Y, además, el ritmo de progresión se mantiene, lo que hace pensar que estas proporciones seguirán creciendo en años venideros. Otro dato relevante es que cada vez es mayor, en términos absolutos y relativos, la investigación clínica en Cuidados Paliativos que aporta un nivel de evidencia elevado, como es la que se realiza mediante ensayos clínicos. De alguna manera esto respalda que los Cuidados Paliativos están

alcanzando un nivel importante de madurez y que cada vez es mayor la Medicina Paliativa basada en la evidencia.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-12-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Tratamiento de los pacientes con carcinoma colorrectal asintomático y metástasis hepáticas sincrónicas.

Scheer MG, Sloots CE, van der Wilt GJ, Ruers TJ. Management of patients with asymptomatic colorectal cancer and synchronous irresectable metastases. Ann Oncol. 2008; 19: 1829-35.

Hay un subgrupo de enfermos que diagnosticados de carcinoma colorrectal en los que se detecta de inicio metástasis hepáticas irresecables y que no presentan manifestaciones clínicas relevantes debidas al tumor primario. En estos casos se barajan dos opciones de tratamiento. Clásicamente se planteaba comenzar con la resección del tumor primario, para prevenir posibles complicaciones locales, y tras la cirugía se administraba la quimioterapia sistémica. Sin embargo, cada vez es más frecuente que se ofrezca la quimioterapia desde el principio y la cirugía se reserve para aquellos casos que desarrollan complicaciones. En ausencia de estudios prospectivos comparativos, los autores realizan una revisión sistemática en la que aportan los datos de 850 pacientes. Se aprecia que cuando se realiza cirugía de inicio se registra una morbilidad operatoria severa como obstrucción, sangrado o sepsis, del 12% (rango: 4% a 19%) y morbilidad leve, como infección de herida o infección urinaria, del 21% (rango: 13% a 29%) y una mortalidad del 3% (rango: 1% a 5%). Cuando se comienza con quimioterapia se registran cuadros de sangrado tumoral en el 3% (rango 0% a 4%) y obstrucción intestinal en el 14% (rango: 6% a 29%). La mediana de supervivencia en las series en que son intervenidos de inicio se sitúa entre 14 y 23 meses, similar a los 8 a 22 meses de los que comienzan con quimioterapia.

Comentario

De acuerdo con los datos de esta revisión, en ausencia de otros problemas relevantes, lo más adecuado es tratar con quimioterapia a los pacientes con cánceres de colon diagnosticados de inicio como estadio IV y reservar la cirugía para las posibles complicaciones que pudieran aparecer. No se puede afirmar que haya beneficio en la supervivencia a largo plazo, pero sí que se evitan intervenciones y, con ello, se reducen las complicaciones y se evita la mortalidad quirúrgica. Aunque estos datos puedan parecer algo lejano, no sería de extrañar que más de un profesional de Cuidados Paliativos tenga que participar en la toma de decisiones sobre enfermos avanzados en estas circunstancias. Y los datos de esta

revisión aportan datos importantes en los que apoyar estas decisiones.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 01-11-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

La empatía duele: la compasión por los demás aumenta los componentes sensorial y afectivo de la percepción del dolor.

Logia ML, Mogil JS, Bushnell MC. Empathy hurts: Compassion for another increases both sensory and affective components of pain perception. Pain. 2008;136:168-176.

Estudios recientes han demostrado que determinadas estructuras cerebrales, además de ser activadas por el dolor, también lo son al observar a alguien más padeciendo dolor. Y estas respuestas, relacionadas con la empatía, están moduladas como una función del vínculo afectivo entre la persona empática y la que padece el dolor. En este estudio se prueba la hipótesis de que la empatía evocada por el dolor conduce a un aumento en la percepción del dolor.

Se indujo, en la mitad de los participantes en el estudio, un estado de alta empatía hacia un actor y, a la otra mitad un estado de baja empatía hacia el mismo. Se midió la sensibilidad a un estímulo térmico de diversas intensidades en los participantes sanos mientras estaban observando al actor recibiendo el mismo estímulo. Los participantes del grupo altamente empático percibieron el estímulo térmico con mayor intensidad que los participantes sanos del grupo de baja empatía. Los autores de este estudio concluyen que existe una correlación positiva entre las puntuaciones del grado de empatía y del nivel de dolor percibido y que el grado de respuesta observada depende de la magnitud del efecto empático producido. Estos efectos se observaron cuando los sujetos sanos observaban al actor ya fuera recibiendo un estímulo neutro o doloroso sugiriendo estas observaciones que es el fenómeno empático por sí mismo el que altera la percepción del dolor y no, necesariamente, la observación únicamente de estímulos y comportamientos dolorosos.

Comentario

Aunque los distintos estados de empatía pueden explicar los resultados de este estudio, quizás hay otros factores que puedan contribuir a los mismos, en primer lugar, la observación de alguien que está sufriendo (dolor en este caso), produce un estado de ánimo negativo en el observador que, ya de por sí, puede aumentar la percepción del dolor. En segundo lugar la mera observación de una imagen que implica dolor puede condicionar una respuesta por parte del sistema nervioso autónomo, con una modulación a la baja de la percepción del mismo. En tercer lugar, la

observación del comportamiento de una persona que padece dolor puede despertar en el observador también dolor por una simple imitación.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 17-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Dolor óseo metastático: Opciones de tratamiento destacando el papel de los difosfonatos.

Von Mos R, Strasser F, Gillessen S and Zaugg K. Metastatic bone pain: treatment options with an emphasis on biphosphonates. Support Care Cancer. 2008; 16:1105-1115.

Este trabajo constituye una revisión sobre la fisiopatología del dolor producido por las metástasis óseas y las diversas opciones de tratamiento. Destaca por su profundidad el capítulo dedicado al tratamiento con difosfonatos en el que se analiza en profundidad la bibliografía publicada.

Comentario

Es un trabajo interesante ya que permite repasar los tratamientos disponibles en el caso del dolor óseo metastático aunque no aporta grandes novedades. Metodológicamente es criticable el hecho de no incluir las fuentes de información, las palabras claves empleadas así como los criterios de selección de los trabajos revisados.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 29-09-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Aplicaciones terapéuticas establecidas y potenciales del octeotide en cuidados paliativos.

Prommer EE. Established and potencial therapeutic applications of octeotide in palliative care. Support Care Cancer. 2008; 16:1117-1123.

Este trabajo recoge una revisión sobre el Octeotide en la que se repasan los efectos fisiológicos de de la somatostatina aplicables a cuidados paliativos. Se analizan aspectos farmacodinámicos del Octeotide en sus diversas formulaciones así como su utilidad en la oclusión intestinal, las metástasis hepáticas, diarrea asociada a SIDA y otras patologías, fístulas y dolor.

Comentario

Me parece un trabajo fácil de leer y muy instructivo. Metodológicamente es criticable el hecho de no incluir las fuentes de información, las palabras claves empleadas así como los criterios de selección de los trabajos revisados.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 29-09-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Estudio randomizado controlado, doble ciego contra placebo de la mezcla de betahidroxil betametilbutirato, glutamina y arginina para el tratamiento de la caquexia inducida por cáncer (RTOG 0122)

Berk L, James J, Schwartz A, Hug E, Mahadevan A, Samuels M, Kachnic L. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a β -hidroxyl β -methyl butyrate, glutamine and arginine mixture for the treatment of cancer cachexia (RTOG 0122). Support Care Cancer. 2008;16:1179-88.

El presente trabajo recoge un ensayo doble ciego y randomizado que incluyó 472 pacientes afectados de cáncer en estadios III y IV que habían sufrido una pérdida de peso de entre el 2 y el 10%. Los pacientes fueron randomizados en dos grupos a uno de ellos se le administró la mezcla de aminoácidos y al otro una mezcla isonitrogenada e isocalórica dos veces al día durante 8 semanas. Durante el seguimiento se evaluaron parámetros como: la masa corporal mediante: bioimpedancia y pliegue cutáneo; la escala de fatiga de Schwartz y la escala de calidad de vida de Spitzer.

De los resultados del trabajo cabe destacar que sólo un 37% de los incluidos completaron el protocolo (un 45% de los incluidos abandonaron el estudio por preferencia de los pacientes). No se encontraron diferencias significativas entre los dos brazos en cuanto a la masa corporal ni en lo que respecta a los otros parámetros evaluados.

No parece por tanto probado el efecto beneficioso de los aminoácidos referidos en el tratamiento de la caquexia inducida por el cáncer.

Comentario

Se trata de un trabajo interesante por diversos motivos:

- 1.- No es habitual publicar resultados de ensayos con resultados negativos, es decir en los que no se demuestra la hipótesis planteada.
- 2.- Este trabajo ilustra las dificultades de cumplimiento del protocolo cuando la población es oncológica avanzada.
- 3.- Cada vez es más frecuente que para estudiar fenómenos relativos a cuidados paliativos precisemos contactar con enfermos en estadios más precoces de la

enfermedad.

4.- No parece adecuado establecer como criterio de caquexia la pérdida de un 2 a un 10% de peso. Existen enfermos con pérdidas inferiores caquécicas y enfermos con pérdidas iguales o superiores que no lo están porque parten de sobrepeso.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 29-09-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Significado de la vida evaluado con el "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): una comparación entre pacientes oncológicos y una muestra de estudiantes.

Stiefel F, Krenz S, Zdrojewski C, Satgno D, Fernandez M, Bauer J, Fucina N, et al. Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. Support Care Cancer. 2008; 16: 1151-55.

Estudio realizado con el objetivo de: 1) evaluar el sentido/significado de la vida individual en pacientes oncológicos; 2) evaluar la aceptabilidad del cuestionario empleado en su versión francesa; 3) comparar los resultados con los obtenidos en una muestra de estudiantes.

Para ello, tras la doble traducción del cuestionario, éste fue administrado a 100 pacientes. Los pacientes debían ponderar la importancia que otorgaban a 7 áreas diferentes (en lo relativo al sentido de su vida). También debían establecer su grado de satisfacción con cada área. A partir de estas dos medidas se establecía un índice individual. Los resultados de cada paciente se contrastaban con escalas analógicas visuales en las que se preguntaba: Cuánto reflejaba el cuestionario su significado de vida (no refleja nada/refleja muy bien)

Grado de ayuda del cuestionario (no ayuda/ayuda franca)
Grado de malestar que produce completar el listado (nada de malestar/malestar total)
Como soporte estadístico utilizaron test no paramétricos porque la distribución no era normal: el test de chi cuadrado y el test de U de Mann-Whitney.

Como resultados cabe destacar: Que la edad media de los 100 pacientes fue de 55 años, con un 55% de mujeres. Un 61% de los participantes estaban casados y un 91% eran católicos o protestantes. El 30% sufrían cáncer de mama.

Los factores que más determinaban el sentido de la vida de los participantes fueron las cuestiones relativas a las relaciones: de familia, amigos y pareja, más que las cuestiones materiales. No se detectaron diferencias significativas con respecto a los estudiantes.

Los pacientes señalaron que el cuestionario era capaz de recoger adecuadamente las cuestiones relacionadas con el significado de la vida y responder al cuestionario no les producía malestar.

Los autores señalan que este cuestionario parece

adecuado para iniciar una aproximación a la investigación sobre las cuestiones relativas al significado de la vida de los pacientes con cáncer.

Comentario

El trabajo aplica el método científico para acercarse a cuestiones sobre el significado de la vida que resultan difíciles de medir. La utilización de este cuestionario facilita que pueda adaptarse a diferentes pacientes ya que cada encuestado debe ponderar el peso de cada área. Y es bien aceptado. Por otro lado confirma las observaciones clínicas en las que constatamos que el paciente con cáncer avanzado demuestra más interés por las relaciones que por las cosas.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 29-09-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Factores que afectan el estado funcional en pacientes con dolor secundario a cáncer.

Vallerand AH, Templin T, Hasenau SM, Riley-Doucet C. Factors that affect functional status in patients with cancer-related pain. Pain. 2007;132:82-90.

La prevalencia del dolor oncológico en poblaciones ambulatorias continua siendo elevada a pesar que se supone que puede ser controlado en hasta un 90% de los casos. Green et al, 2003, concluyen que hasta el 70% de pacientes oncológicos fallecen con el síntoma dolor no controlado. Recientes estudios sobre el control del dolor indican un claro vínculo entre el distress provocado por los síntomas (entre ellos el dolor) y el estado funcional del paciente. El objetivo de este estudio es examinar las relaciones entre el nivel del dolor, los sentimientos acerca del dolor, la percepción de control sobre el dolor, la existencia de síntomas distresantes y el estado funcional, en 304 pacientes oncológicos seguidos en régimen ambulatorio. Las características sociodemográficas de la muestra fueron: edad media de 55 años con un 39% de varones. El 60,5% estaban casados. Predominaba la raza caucásica (60%). Las localizaciones tumorales primarias fueron mama y pulmón, en el 43% de los casos se detectaron metástasis en el momento del diagnóstico. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 22 meses de media.

En cuanto a los instrumentos de medida utilizados para valorar los parámetros objeto de estudio y los resultados obtenidos con los mismos, tenemos lo siguiente: Para la valoración del dolor se utilizó el Brief Pain Inventory-short form (BPI-SF) y el Patient Pain Questionnaire (PPQ). El resultado obtenido fue de 6,67/10 (DS=2,6) de media para el peor dolor percibido en las 2 semanas previas, 3,89/10 (DS=2,92) para el dolor actual y 3,74/10 (DS=2,96) para el de menor intensidad. Para la valoración de los sentimientos

del paciente acerca del dolor se valoraron los conocimientos y actitud frente al dolor mediante el PPQ y las barreras existentes para un buen control del dolor mediante el Barriers Questionnaire (BQ). La media de la puntuación del conocimiento acerca del dolor fue de 6,89 (DS=1,74) mientras que la puntuación obtenida por el BQ fue de 21,53/85. En el ítem percepción del control del dolor se utilizó el Perceived Control Scale (PCS). Los resultados en este caso fueron que el 90% de los pacientes creían que se podía controlar el dolor y que el 76% de los pacientes creían que su dolor estaba controlado. En cuanto al discomfort provocado por los síntomas, se utilizaron el Symptom-Related Distress (SDS) y el PPQ. El dolor proporcionaba una media de 3,76/4 (DS=1,88) mientras que el discomfort relacionado con el resto de síntomas ofrecía una media de 1,27/4 (DS=0,72). Finalmente, para la valoración del estado funcional se utilizó nuevamente el BPI. Los resultados arrojaron una media de 4,73/10 con una DS=2,78.

Comentario

Es interesante observar cómo los participantes en este estudio refieren un nivel máximo de dolor elevado (6,67) con un nada despreciable dolor en el momento de la entrevista (3,89), entre leve y moderado. A pesar de estos resultados, el 76% de los pacientes consideraban que su dolor estaba controlado. De entre los síntomas producidos por la enfermedad oncológica, el dolor era el que más preocupaba a los pacientes y que este síntoma interfería con la mayoría de las actividades diaria a un nivel moderado, siendo la capacidad de trabajo, el sueño y el estado de ánimo los más afectados. Es interesante observar cómo, en esta muestra, a medida que el conocimiento sobre el manejo del dolor aumenta, disminuyen las barreras hacia el control de este mismo síntoma. A partir de este punto, no sólo las medidas farmacológicas deben formar parte de la estrategia del buen control del dolor sino que deberían incluirse programas de educación orientados a que el paciente oncológico conociese mejor la naturaleza de su dolor y, de esta manera, tener una percepción de control sobre la evolución y el manejo del mismo, disminuyendo al menos en parte, la ansiedad producida por la enfermedad y disminuir el umbral del dolor de manera efectiva.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 30-09-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Impacto del dolor en los resultados del tratamiento de la depresión: Resultados del estudio RESPECT.

Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams Jr JW, Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: Results from the RESPECT trial. Pain. 2008;134:209-215.

El síntoma dolor puede llegar a representar hasta el 40% de los motivos de consulta en atención primaria. Al mismo tiempo, la depresión está presente entre el 10-15% de los pacientes, también en atención primaria. Ambas condiciones médicas pueden llegar a repercutir de una manera importante en el gasto sanitario, ya sea en forma de bajas laborales como de baja productividad. En este estudio, los autores pretenden determinar el impacto del síntoma dolor en el tratamiento de la depresión. El estudio RESPECT (Re-Engineering Systems for Primary Care Treatment of Depression) incluye 405 pacientes procedentes de 60 consultas de atención primaria y que fueron randomizados en 2 grupos para recibir el tratamiento clásico de la depresión o bien recibir soporte adicional especializado vía telefónica. Los criterios diagnósticos de depresión siguieron el DSM-IV y la severidad de los síntomas relacionados con la depresión se evaluaron mediante el Hopkins Symptom Chek List-20 (HSCL-20). La intervención que se llevó a cabo fue la del soporte telefónico por parte de personal entrenado a la semana, un mes y seis meses después de iniciado el estudio.

El 80% de los pacientes eran mujeres. El 55% estaban casados, el 17% pertenecían a minorías étnicas y el 62% estaban a sueldo. La media del HSCL-20 fue de 2,01, significando un nivel de depresión entre moderado y severo. Ambos grupos mostraron una mejoría en los síntomas depresivos aunque esta mejora se evidenció más en el grupo que recibió soporte además del tratamiento convencional, con una respuesta parcial del 60% vs 47% ($p=0,02$) o remisión completa (37% vs 27%, $p=0,014$). Los pacientes con mayor remisión de los síntomas depresivos presentaban un menor nivel de dolor al inicio de la intervención y los pacientes en los que la depresión remitió en menor manera presentaban una mayor interferencia del dolor en la vida diaria. De la misma manera, mayores niveles de depresión se asociaron con mayores niveles de interferencia del dolor.

Comentario

Aunque existe cierta heterogeneidad en cuanto a los diagnósticos de base de este estudio, destaca la diferencia en cuanto a resultados en función del tratamiento ofrecido. Los pacientes tratados según las guías, es decir, únicamente con fármacos antidepresivos, obtienen peores resultados en cuanto a remisión parcial y completa que los pacientes que recibieron un tratamiento y seguimiento interdisciplinar (teléfono + supervisión por parte de psiquiatría). Es un ejemplo más de la necesidad de abordar los síntomas (o enfermedades) desde un punto de vista multidisciplinar y no dejar la efectividad o no del tratamiento únicamente en manos de las medidas farmacológicas.

Necesitamos una mejor comprensión acerca de la relación entre depresión y algunos tipos de dolor dado que el dolor en sí puede ser una condición predisponente o bien una consecuencia. El manejo, obviamente, no debería ser el mismo.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 06-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Comparación entre masaje y contacto físico en la mejoría del dolor y del estado de ánimo en enfermos con cáncer avanzado.

Kutner JS, Smith MC, Corbin L, Hemphill L, Benton K, Mellis BK et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer. Ann Intern Med. 2008; 149: 369-79.

Los autores llevan a cabo un estudio comparativo multicéntrico con distribución aleatoria para conocer el impacto del masaje en el control de síntomas y en la calidad de vida de los enfermos con cáncer avanzado. Se incluyeron 380 pacientes que habían padecido dolor (>3/10) en la semana previa. Cerca del 15% de los enfermos fallecieron a lo largo de las tres semanas del estudio. Un total de 82 (22%) enfermos no recibieron el tratamiento prescrito, que fue para un grupo masaje realizado por expertos y, para el grupo control, algo parecido a una imposición de manos en diversas zonas del cuerpo. En ambos casos se realizaron hasta seis sesiones de 30 minutos a lo largo de dos semanas con un intervalo mínimo de 24 horas entre sesiones. El alivio inmediato, nada más terminar la sesión, fue mayor (escala 0-10, Memorial Pain Assessment Card) en el grupo de masaje tanto en el dolor (1,9 vs. 1,0, $p < 0,001$) como del estado de ánimo (1,6 vs. 1,0, $p < 0,001$). A lo largo del seguimiento se siguieron apreciando efectos beneficiosos discretos en el dolor (BPI) y otros síntomas (Memorial Symptom Assessment Scale) y calidad de vida (McGill Quality of Life Questionnaire), pero sin diferencias significativas entre los dos grupos. No se apreciaron cambios relevantes en el consumo de opioides.

Comentario

La calidad del estudio está limitada por el tipo de enfermos que se incluyen, lo cual se traduce en una proporción de pérdidas (también por fallecimiento) importante. Además, el propio diseño del estudio impide que el tratamiento o el análisis puedan ser ciegos por lo que pudiera encontrarse cierto sesgo a la hora de dirigir los cuestionarios en función del tratamiento recibido. En todo caso, este estudio nos muestra que el masaje es eficaz en el alivio del dolor oncológico y llega a reducir cerca de 2 puntos (en una escala de 0-10) la intensidad del dolor. Sin embargo, el beneficio de esta técnica es muy limitado ya que se limita prácticamente al tiempo en que se recibe. También tiene su eficacia (reducción de 1 punto de la intensidad del dolor) el contacto, el calor y la cercanía que supone el contacto físico mantenido de la imposición de manos, que también tiene un efecto que se limita al tiempo en que se lleva a cabo. De alguna manera, nos hace intuir que casi la mitad del efecto del masaje se debe al contacto y la cercanía del experto que lo lleva a cabo. Por último, intentar dar validez al efecto a largo plazo es demasiado aventurado ya que en las tres semanas de seguimiento se siguen administrando tratamientos y cuidados dirigidos a aliviar los síntomas y

mejorar la calidad de vida que probablemente interfieran seriamente en los resultados.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-10-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Estudio cualitativo sobre lo que los oncólogos cuentan a los pacientes sobre el beneficio en supervivencia de la quimioterapia paliativa y sus implicaciones en el consentimiento informado.

Audrey S, Abel J, Blazeby JM, Falk S, Campbell R. What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. BMJ. 2008; 337: a752.

Los autores presentan un estudio cualitativo sobre la información que dan los oncólogos a sus pacientes en la Consulta sobre el beneficio en supervivencia de la quimioterapia paliativa. El registro de la información relativa al impacto en la supervivencia que se da en las Consultas podía ser numérico (un periodo de tiempo preciso), una aproximación dentro de un rango amplio, una referencia imprecisa o ausencia total de información al respecto. Participaron 37 enfermos y nueve oncólogos. El investigador mantuvo una entrevista inicial con cada enfermo y posteriormente lo acompañó a la primera Consulta con el oncólogo, en la que su papel se limitó a actuar como observador y a grabar el contenido. Finalmente volvió a hablar con el paciente en las semanas siguientes. El investigador se entrevistó, asimismo, con el médico al terminar el estudio. Se obtuvo el consentimiento tanto de los pacientes como de los médicos. En 26 (70%) de las 37 Consultas la información que se aportó en cuanto a supervivencia fue nula o muy imprecisa. En todos los casos se le explicó al paciente que la intención del tratamiento no era curativa y se plantearon objetivos alternativos centrados en el control del tumor, el alivio de síntomas o la calidad de vida. Los factores que favorecían la información sobre el beneficio de la quimioterapia en la supervivencia eran: la pregunta directa del paciente, la necesidad (del médico o del paciente) de encontrar un argumento para descartar el tratamiento y la búsqueda de un respaldo para el médico para poder ofrecer un tratamiento del que espera un beneficio importante. Los perfiles que llevaban a omitir o a diluir esta información eran: la dificultad de informar sobre una cuestión tan delicada, especialmente si el paciente no tenía conciencia previa de su pronóstico, centrar la información en los otros posibles beneficios de la quimioterapia (síntomas, calidad de vida...) y el desinterés o el bloqueo de la información por parte de paciente o familia.

Comentario

Este tipo de trabajos se prestan a sesgos de varios tipos, por ejemplo, el de selección ya que no todos los pacientes ni todos los médicos están dispuestos a que haya un observador analizando su relación, o el sesgo inducido por ese mismo observador en una Consulta, que puede llevar a que el médico pierda naturalidad en su comportamiento. En todo caso, el estudio resulta interesante por varios motivos, como la valentía de la pregunta y la metodología con que se afronta o los propios resultados. Aunque estos resultados sean bastante coherentes con la experiencia y el modo de actuar en nuestro medio, no hay que olvidar que proceden del ámbito anglosajón donde este tipo de información se debería manejar con más soltura que en la Europa Meridional. Por eso, sería bueno intentar repetirlo en nuestro medio, para conocer si coinciden el modo y los motivos por los que se da o se omite la información.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 21-10-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Consulta nacional con personal sanitario, políticos, académicos y grupos de usuarios para mejorar los cuidados en la etapa terminal por parte de los médicos generales.

Shipman C, Gysels M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S et al. Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups. BMJ. 2008; 337: a1720.

Se llevó a cabo una encuesta de ámbito nacional para identificar las preocupaciones más importantes a nivel nacional y local en torno a la presencia, responsabilidad e investigación por parte de los médicos generales en la atención a la etapa final de la vida. Se incluyó personal sanitario (también del ámbito de los Cuidados Paliativos), políticos, académicos y grupos de usuarios y de voluntarios en Inglaterra y Escocia. Participaron 210 (74%) de las 285 a los que se solicitó su colaboración. Las ideas se obtuvieron mediante un cuestionario semiestructurado, que se llevó a cabo principalmente por vía telefónica, y después se elaboraron en grupos. Se preguntó sobre la situación terminal, el papel de los médicos generales (no especialistas), sus problemas y necesidades y las posibles áreas de investigación y desarrollo. El concepto final de la vida se prestó a varias acepciones con pronósticos que variaban desde pocos días a más de un año. Se apreció una mayor preocupación por la patología no tumoral y la dificultad para adquirir experiencia y capacitación suficiente por parte de los médicos generales ya que atienden pocos pacientes en la etapa terminal, lo que aumentaba la importancia de la formación teórica y práctica. Se incidió en la desigual disponibilidad de recursos y en la necesidad de una atención continuada y coordinada. Entre los ámbitos que despertaban interés se encontraba el estudio de la experiencia del paciente. Se valoraron las guías prácticas,

aun reconociendo que es poca la evidencia relativa a su impacto real. Dentro de las áreas que se plantearon como más importantes y sobre las que era preciso mejorar se incidió sobre todo en cuestiones de tipo administrativo o de implementación, en la experiencia de los pacientes y en la atención a enfermos no oncológicos. Fue muy poco el interés manifestado en áreas específicamente clínicas (como el control de síntomas).

Comentario

Este estudio, que se llevó a cabo en el Reino Unido, refleja en cierto modo también el interés y las preocupaciones propios de nuestro medio. Los primeros problemas que se plantean al médico general, es decir, el que se acerca a la atención de enfermos terminales con una experiencia y una formación limitadas son los de la definición de la situación terminal. Y esto es aún más evidente en lo que es la patología más frecuente en Atención Primaria, es decir, la no oncológica. Por otro lado, buena parte de los resultados tienen un matiz diagnóstico-reivindicativo de la situación y las limitaciones del sistema de cara a implantar los Cuidados Paliativos. Y esta reivindicación suele centrarse en ámbitos que le afectan más o que les produce mayor inquietud como son la formación específica o la disponibilidad de recursos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 21-10-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Estudios comparativos con distribución aleatoria en Cuidados Paliativos: encuesta sobre el punto de vista de pacientes y familiares.

White CD, Hardy JR, Gilshenan KS, Charles MA, Pinkerton CR. Randomised controlled trials of palliative care - a survey of the views of advanced cancer patients and their relatives. Eur J Cancer. 2008; 44: 1820-8.

Este estudio, que se llevó a cabo en Australia, pretende conocer la disposición de los pacientes oncológicos avanzados y de sus familiares de cara a colaborar en la investigación clínica en Cuidados Paliativos. Se incluyeron 101 enfermos y 100 familiares. La gran mayoría de los pacientes tenía más de 50 años y cerca del 40% había participado ya en proyectos de investigación. En cuanto al pronóstico, el 30% de los participantes en este estudio falleció en los tres meses siguientes. En sus respuestas, tres de cada cuatro participantes mostraron una actitud altruista en que mostraban su disposición a pesar de que las expectativas de beneficio para el propio paciente fuesen escasas y se pensara más en el posible beneficio para otros enfermos en un futuro. Aunque con la edad la disposición a participar se reducía. Hasta el 90% de los pacientes mostraba una disposición favorable para participar

en estudios clínicos que incluyeran intervenciones sencillas, pero este porcentaje llegaba a situarse por debajo del 20% si se planteaban intervenciones más complejas o intervencionistas o tenía un riesgo mayor de efectos secundarios. Así, la mayoría se mostraba dispuesta a rellenar cuestionarios breves, a tomar alguna medicación añadida o a acudir a la Consulta, pero la proporción bajaba si lo que se planteaba exigía un ingreso hospitalario. Hasta uno de cada dos pacientes mostraba cierto recelo cuando se planteaban estudios con distribución aleatoria, comparación con placebo o asignación ciega. La actitud y las respuestas de los familiares fueron bastante similares a las de los enfermos.

Comentario

Este estudio resulta ilustrativo para todos aquellos que se planteen desarrollar investigación clínica en Cuidados Paliativos. Y es probable que se pueda aplicar también en nuestro medio aunque se hayan obtenido en un país con perfiles socioculturales diversos. Así, el primer dato que respalda esto, es que los pacientes (y los familiares) están dispuestos a colaborar en estudios clínicos. Y el segundo es que tanto los pacientes como los familiares o cuidadores son conservadores y prefieren los estudios sencillos y que minimicen los riesgos (incluidos los debidos al azar en la asignación). Es decir: colaborar en investigación, sí, pero dentro de un orden. O, dicho de otra manera, una cosa es que el paciente sea altruista y otra que esté dispuesto a pasarlo mal sólo por el bien del investigador y de los pacientes virtuales que pudieran beneficiarse de un posible avance científico en un futuro.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 22-10-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Lugar de defunción de pacientes no oncológicos y oncológicos en el sur de Australia: Un estudio poblacional.

Currow DC, Burns CM, Abernethy AP. Place of death for people with noncancer and cancer illness in South Australia: a population-based survey. J Palliative Care. 2008;24(3):144-150.

Sobre una muestra de 9500 residentes se estudió la asociación entre el lugar en que tuvo lugar la defunción, el diagnóstico (cáncer vs no cáncer) y el uso de los servicios de cuidados paliativos por parte de los enfermos terminales en el sur de Australia. El 31% de los encuestados (n=1920) indicó que alguien próximo había fallecido de una enfermedad terminal durante los 5 años previos al estudio. El 18% fallecieron por una enfermedad no oncológica mientras que el 82% restante falleció debido a una enfermedad oncológica. El 62% de los fallecidos tuvo contacto en algún momento de la enfermedad con los servicios de cuidados paliativos.

Con mayor frecuencia, los enfermos oncológicos se beneficiaron de los servicios de cuidados paliativos (65% vs 48%; $p < 0.0001$). Los enfermos no oncológicos fallecieron en los hospice con menor frecuencia que los oncológicos (9% vs 15%; $p = 0.0015$) pero con mayor frecuencia en las residencias (15% vs 5%; $p < 0.0001$). En proporciones similares fallecieron en el hospital (60%) y en el domicilio (16% - 20%). Concluyen los autores que el uso de los cuidados paliativos no disminuyó en número de fallecimientos en instituciones sanitarias pero que sí provocó el trasvase de pacientes desde el hospital al hospice.

Comentario

Uno de los criterios de calidad en los equipos de cuidados paliativos es el favorecer que la defunción del paciente tenga lugar en el domicilio. Pero no siempre va a ser posible y quizás dos causas sean las responsables. En primer lugar, la disponibilidad de los equipos de cuidados paliativos en una determinada zona. La extensión geográfica así como la dispersión demográfica serán, a su vez, determinantes. En segundo lugar, la capacidad de los cuidadores de afrontar con recursos materiales y emocionales la fase final de la enfermedad. Sí que es de destacar que el porcentaje de defunciones hospitalarias se asemeje más al de los países latinos que al de los países anglosajones.

Es de suponer que con la mayor disponibilidad de equipos de cuidados paliativos, la accesibilidad a estos recursos sea más fácil en pacientes con enfermedad no oncológica. Si este hecho se confirma, en los próximos años asistiremos a cambios significativos en las cifras presentadas por este equipo australiano.

Journal of Palliative Care

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 21-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Los sistemas endocanabinoide y serotoninérgico son necesarios para la inducción analgésica por el paracetamol.

Mallet C, Daulhac L, Bonnefont J, Ledent C, Etienne M, Chapuy E, Libert F, Eschalier A. Endocannabinoid and serotonergic systems are needed for acetaminophen-induced analgesia. Pain. 2008;139:190-200.

Hasta el momento, los mecanismos de acción de paracetamol se creían relacionados con la inhibición de la ciclooxigenasa, el bloqueo de la síntesis de NO y con la actividad agonista del sistema serotoninérgico. Los autores de este trabajo, a partir del estudio en ratas, determinan la secuencia que logra esclarecer las vías metabólicas de paracetamol, demostrando que en los tests de dolor térmico, mecánico e irritativo o químico, el AM-251, un antagonista del receptor endocanabinoide CB1, anula el efecto analgésico de paracetamol. De esta manera, la

secuencia de acontecimientos desde la ingesta oral de paracetamol hasta el efecto antinociceptivo sería el siguiente: En el hígado, paracetamol es desacetilado en p-aminofenol. En el cerebro es, a su vez, metabolizado a AM-404 gracias a la acción del enzima ácido graso amida hidrolasa (Fatty Acid Amido Hydrolase). El AM-404 refuerza los receptores endocanabinoide CB1 a nivel supraespinal que, a su vez, aumentan la actividad de las vías serotoninérgicas descendentes. De esta manera, existe un aumento en la liberación de serotonina (5HT) que estimula el receptor 5-HT_{3/4} en el test del dolor mecánico o bien el receptor 5-HT_{1A} en el caso del test del dolor irritativo o químico, inhibiendo, de esta manera, la transmisión del estímulo nocivo hacia los centros superiores.

Comentario

Paracetamol ha sido tradicionalmente incluido dentro del primer escalón de la OMS, como los AINEs. Debido a su distinto modo de acción quizás debiera ser considerado como un escalón propio. En la práctica clínica puede utilizarse conjuntamente con cualquier fármaco de los tres niveles (AINEs, opioides menores y mayores), con efecto analgésico aditivo sin sumar efectos advesos.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 20-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Gabapentina en el dolor secundario a lesión nerviosa traumática: Estudio doble ciego, controlado con placebo, cruzado y multicéntrico.

Gordh TE, Stubhaug A, Jensen TS, Arner S, Biber B, Boivie J, Mannheimer C, Kalliomäki J, Kalso E. Gabapentin in traumatic nerve injury pain: A randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over, multi-center study. Pain. 2008;138:255-266.

El objetivo de este estudio es el de valorar la eficacia y la seguridad de gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático causado por traumatismo o por lesión quirúrgica de nervio periférico, utilizando dosis de hasta 2400 mg/día. El estudio comprende una fase de inclusión de dos semanas y dos períodos de tratamiento de cinco semanas separados por un período de tres semanas de wash out. La variable principal es el cambio en la puntuación media de la intensidad del dolor desde el inicio del tratamiento hasta la última semana del mismo. Otras variables incluyen el alivio del dolor, factores de calidad de vida medidos con el SF-36 e interferencia del sueño por el dolor. En 9 centros se randomizaron un total de 120 pacientes de los que finalizaron el estudio 98. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos regímenes terapéuticos aplicados y la variable principal. Sin embargo, gabapentina proporcionó mejor analgesia que placebo ($p = 0.015$). Más pacientes tuvieron

como mínimo una reducción del dolor de al menos el 30% en el grupo de los tratados con gabapentina frente a placebo ($p=0.040$) y el dolor interfirió menos con el sueño. En general, gabapentina fue bien tolerada y los efectos secundarios más frecuente fueron el mareo y la sensación de cansancio.

Comentario

En este estudio se demuestra la efectividad de gabapentina en el tratamiento de un modelo concreto de dolor neuropático y los resultados son bastante satisfactorios en cuanto al equilibrio entre el efecto analgésico y los efectos adversos hallados. Aunque distintos trabajos postulan que Gabapentina puede administrarse hasta en dosis de 3600 mg/día, sólo el 65% de los pacientes de este estudio consiguió llegar a estas dosis sin presentar efectos secundarios importantes. Otra vez más queda patente la utilidad de este anticonvulsivante para tratar el dolor neuropático, quedando la razonable duda de si Pregabalina hubiese conseguido resultados similares.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 10-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Efecto aditivo de tramadol y paracetamol en un modelo humano de dolor.

Filitz J, Ihmsen H, Günther W, Tröster A, Schwilden H, Schüttler, Koppert W. Supra-additive effects of tramadol and acetaminophen in a human pain model. Pain. 2008;136:262-270.

Se trata de un estudio realizado en voluntarios sanos ($n=17$) en los que se diseñó un estudio a doble ciego y controlado con placebo con un diseño cruzado. Se les aplicó un estímulo eléctrico (TENS) hasta obtener una EVA de 6/10 y distintas áreas de hiperalgesia a estímulos mecánicos (pinprick-hiperalgesia). Se valoraron la intensidad del dolor y la extensión de las zonas con hiperalgesia antes, durante y a los 150 minutos de la administración endovenosa, durante 15 minutos, de paracetamol (650 mg), tramadol (75 mg), ambos (tramadol 37.5 mg + paracetamol 325 mg) o suero salino al 0.9%. Tramadol produjo una mejoría aproximada del dolor de un $11.7 \pm 4.2\%$ sin efecto alguno sobre el fenómeno de hiperalgesia. Paracetamol produjo una mejoría del dolor similar ($9.8 \pm 4.4\%$) pero que se acompañó de la reducción del fenómeno hiperalgésico del $34.5 \pm 14.0\%$. La administración de ambos fármacos a mitad de dosis comportó un efecto analgésico supraaditivo del $15.2 \pm 5.7\%$ y del fenómeno hiperalgésico del $41.1 \pm 14.3\%$.

Comentario

Es interesante observar el efecto analgésico aditivo entre un fármaco μ -agonista (con actividad serotoninérgica) y paracetamol con actividad sobre el sistema endocanabinoide (y también con actividad serotoninérgica). Dado que en ambos fármacos concluyen vías de acción similares, la duda que podemos tener es de si no se trata de dos fármacos con pocas diferencias entre sí y en el que el efecto analgésico aditivo se deba a una suma en el mecanismo intrínseco analgésico.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 28-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Estudio de corte sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes que solicitan suicidio asistido.

Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. BMJ. 2008; 337: a1682.

En este estudio se consiguió acceder a 47 (28%) de 168 pacientes que habían comenzado los trámites para solicitar suicidio asistido en Oregon. A ello se añadieron otros 11 remitidos por sus médicos. De los 58 enfermos totales 44 (76%) eran oncológicos. Para estudiar la prevalencia de depresión en estos enfermos se emplearon como criterios una puntuación superior o igual a 11 en la subescala de depresión del HADS o el diagnóstico mediante una entrevista estructurada conforme al DSM-IV. Se evaluó también la desesperanza (escala de Becks, rango 0 a 20) además del sufrimiento, la calidad de vida y el deseo de fallecer (escalas 0-10). Se analizan los datos de 40 pacientes que fallecieron: 18 en los que se aprobó que recibieran suicidio asistido (en 9 se les practicó y otros 9 fallecieron por otras causas) y 22 en los que no se aprobó. No se encontraron grandes diferencias en las características de los pacientes que recibieron aprobación y los que no salvo que los que recibieron la aprobación mostraban promedios menores tanto en el deseo de fallecer (1,5 vs. 4,7; $p = 0,004$) como en la escala de Becks (5,0 vs. 7,5; $p = 0,08$). Tres (17%) de los 18 pacientes en los que se aprobó el suicidio asistido tenían criterios de depresión. Los tres eran enfermos oncológicos y los tres fallecieron por suicidio asistido. Ninguno había tenido evaluación psicológica hasta que entraron en el estudio. Sólo en uno de los tres consta que sí que la recibió posteriormente: fue tratada con psicoestimulantes con mejoría clínica, valorada por un psiquiatra, antes del fallecimiento. En los tres casos parece que la aprobación del suicidio asistido se realizó mientras pudieran estar deprimidos y, además, al menos en el tercer caso, la paciente había referido que el estado de ánimo era un factor que influía en su toma de decisiones.

Comentario

Este estudio es un tanteo y hay que ser muy prudente al valorar su representatividad o al intentar extrapolar los resultados: la muestra es pequeña y puede tener cierto sesgo de selección y los criterios diagnósticos pueden ser discutibles. Pero sí que es un aviso que recuerda que cualquier aprobación de vías legales que permitan inducir la muerte tiene zonas grises en su aplicación que hacen que, incluso sin mala fe, la norma no se aplique con rigor. Algo que probablemente sea más evidente cuando la ley se asienta y los ciudadanos, por así decir, se acostumbran ("en Enero la Justicia es muy rigurosa, pero en Febrero ya es otra cosa"). Algunos pueden argumentar que no es más que un problema de pequeñas imprecisiones. Pero cuando el escenario en que se dan las imprecisiones es una ley que permite inducir el fallecimiento, la repercusión es inmensa porque se está jugando con la vida de las personas.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 29-10-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Características de los pacientes derivados a un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos en el domicilio.

Drieskens K, Bilsen J, Van Den Block L, Deschepper R, Bauwens S, Distelmans W, Delyens L. Characteristics of referral to a Multidisciplinary Palliative Home Care Team. J Palliat Care. 2008;24(3):162-166.

Estudio prospectivo realizado en Bélgica en el que se pretende estudiar las características de los pacientes y de los cuidadores derivados a un equipo de atención domiciliar de cuidados paliativos. Se incluyeron 325 pacientes en los que la media de edad fue de 71 años (DS 13), con el 54% de pacientes varones (n=175) y el diagnóstico oncológico se halló en 258 pacientes (83%). El 30% de los pacientes fueron derivados desde la atención primaria de salud: el 25% por parte de los médicos y el 5% por parte de las enfermeras. El 45% de las derivaciones fueron hechas a partir de equipos de segunda línea tales como asistentes sociales ubicados en el hospital (24%), el 10% a partir de enfermeras de centros residenciales geriátricos y el 12% por otros equipos paliativos. El 23% de los pacientes fueron derivados por la propia familia del paciente y, en el 2% de los casos, fue el propio paciente quien buscó la atención domiciliar del equipo de cuidados paliativos.

En cuanto al estudio sobre el tiempo que transcurrió desde que el paciente fue derivado al equipo de atención paliativa domiciliar hasta que ocurrió el fallecimiento del paciente, encontramos los siguientes resultados: La media de estancia bajo el cuidado del equipo de atención domiciliar fue de 26 días. Los pacientes mayores de 75 años se derivaron más tarde (media de 12 días) mientras que los de

menor edad se derivaron antes (media de 33 días). De la misma manera, los pacientes no oncológicos también fueron derivados más tarde que los oncológicos (media de 12 días frente a los 30 días). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, género, enfermedad y persona/institución que derivó al paciente.

Comentario

Los datos obtenidos en este estudio dependen, en gran parte, del sistema sanitario existente en la zona Valona de Bélgica pues destaca el hecho de poder derivar a un paciente por parte de la familia o por parte del mismo paciente. En un estudio realizado en la zona de Lleida (no publicado), se encuentran cifras parecidas en cuanto a la menor supervivencia de los enfermos no oncológicos respecto a los oncológicos. La causa puede encontrarse en el hecho que los pacientes no oncológicos padecen de procesos agudos que producirán el fatal desenlace antes, o bien en el hecho de que los equipos de atención primaria se encuentran con más dificultades a la hora de tratar pacientes oncológicos en la fase terminal de la enfermedad.

Journal of Palliative Care

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 29-10-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Metadona: ECG o no ECG. Esa es todavía la cuestión.

Cruciani RA. Methadone: to ECG or not to ECG. That is still the question. J Pain Symptom Manage. 2008; 36: 545-52.

El autor realiza una revisión de los datos publicados sobre el efecto de la metadona en la conducción del impulso cardiaco. Presenta los datos de tres estudios retrospectivos, cinco prospectivos, cinco estudios de corte y tres de otro tipo. Se describe que la metadona prolonga la duración del periodo QT en un 30% de los pacientes que la reciben. La duración de intervalo QT es un factor de riesgo de crisis de arritmia severa del tipo de torsade de pointes; este riesgo aparece con intervalos de 450 ms en mujeres y 430 ms en varones y se considera relevante si supera los 500 ms; también se considera factor de riesgo el aumento de 40 ms en la duración de este intervalo QT. Los datos orientan a que el daño en el ritmo cardiaco es mayor en pacientes con cardiopatía de base, en los con otros factores que pueden alterar también el ritmo cardiaco, como alteraciones iónicas o ciertos fármacos (amitriptilina, haloperidol, macrólidos, antifúngicos), y en los que reciben dosis mayores de metadona (por encima de 120 ó hasta de 600 mg diarios). En todo caso, son pocos los casos descritos de torsade de pointes en pacientes con metadona. No hay consenso sobre en qué casos resulta conveniente realizar un estudio sencillo como es un ECG en enfermos que reciben o que van a recibir metadona. En

todo caso, parece recomendable que se lleve a cabo un ECG en los enfermos ingresados que comienzan con metadona (sobre todo con dosis superiores a 100 mg diarios) y que se repita cuando se aumenten las dosis o cuando se añada algún fármaco que pueda influir en el ritmo cardíaco.

Comentario

En el contexto de los Cuidados Paliativos nos hemos centrado más en otros problemas de manejo de la metadona, como el ajuste de dosis o la prevención de la neurotoxicidad, que en sus posibles efectos secundarios cardíacos. De este trabajo la primera idea sería la de reconocer o recordar que, efectivamente, están descritos casos de arritmia inducidos por metadona. La segunda que es probable que también en algunos pacientes en Cuidados Paliativos con metadona puede ser prudente realizar algún ECG de control: los que tengan cardiopatía de base, los que estén con dosis más altas o los que reciban otros tratamientos que puedan modificar el ritmo cardíaco.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 14-11-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Suicidio asistido y eutanasia no se deben llevar a cabo en Unidades de Cuidados Paliativos.

Pereira J, Anwar D, Pralong G, Pralong J, Mazzocato C, Bigler JM. Assisted suicide and euthanasia should not be practiced in Palliative Care Units. J Palliat Med. 2008; 11: 1074-6.

Los autores exponen los motivos por los que eutanasia y suicidio asistido no se deben practicar en las Unidades de Cuidados Paliativos. Reconocen que entre los profesionales de Cuidados Paliativos hay diversidad de opiniones sobre la despenalización de la eutanasia, aunque en donde se han realizado encuestas, como en Reino Unido o Suiza, la inmensa mayoría se muestra contraria. A partir de ahí ofrecen argumentos dirigidos a mostrar que la eutanasia no debe llevarse a cabo dentro de Unidades de Cuidados Paliativos. El primero es que la eutanasia es contraria a la filosofía y a la propia definición de los Cuidados Paliativos que propuso la OMS, e integrar la eutanasia en Unidades de Cuidados Paliativos puede hacer que estas Unidades se vuelvan paradójicamente en guardianes y lugares de referencia de eutanasia y suicidio asistido. Juntar eutanasia y Cuidados Paliativos envía un mensaje confuso a una sociedad que, por desgracia y como se ha podido comprobar en Canadá o el Reino Unido, en su mayoría no tiene claros la definición y los criterios que rigen el trabajo de los Cuidados Paliativos. Asociar Cuidados Paliativos y eutanasia puede llevar a que pacientes y familiares contrarios a la eutanasia puedan rechazar el ingreso en

Unidades de Cuidados Paliativos por miedo, real o virtual, a sufrir esta práctica. Mantener la opción de practicar eutanasia en Cuidados Paliativos puede avivar tensiones entre profesionales favorables y contrarios. Algunos profesionales, además, pueden vivir a una contraposición de valores entre el respeto a la autonomía y el poder llevar a cabo un acompañamiento y una paliación eficaz que dignifiquen el proceso de la muerte. Otros pueden valorar una solicitud de eutanasia como un fracaso o un rechazo a su labor. Y otros, contrarios a la eutanasia, pueden sufrir entre dar una imagen de abandono, si rechazan participar, o de complicidad, si colaboran en algo que en conciencia rechazan. Además, centrar la atención médica de Cuidados Paliativos en la preparación de la eutanasia puede llevar a que los otros fines pasen a un segundo plano. La voluntad del enfermo avanzado en torno acelerar el fallecimiento fluctúa. Así que se podría atentar contra la autonomía y la libre decisión de un enfermo que desea la eutanasia si se le hace vivir y valorar en sus últimos días lo que son los Cuidados Paliativos. Para prevenir estas situaciones sería necesario informar desde el principio a los pacientes que deseen la eutanasia que ésta no se lleva a cabo en las Unidades de Cuidados Paliativos, así podrán decidir si desean el ingreso en la Unidad o prefieren otros cuidados.

Comentario

Los autores exponen motivos razonados para separar la atención propia de Cuidados Paliativos y la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido. Más allá de la opinión de cada uno y del justo derecho a la objeción de conciencia, es evidente que para dar una buena atención a los enfermos terminales ingresados en Unidades de Cuidados Paliativos es preciso que haya plena constancia que en esas Unidades ni se practica ni se plantea en ningún caso practicar la eutanasia.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-11-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

El valor terapéutico de la risa en medicina.

Mora Ripoll R, García Rodera MC. El valor terapéutico de la risa en medicina. Med Clin (Barc). 2008;131(18):694-8.

Mora Ripoll y García Rodera, en nombre de la Red Española de Investigación en ciencias de la Risa, publican en Medicina Clínica un Artículo Especial sobre el valor terapéutico de la Risa en Medicina. Se define el concepto de risa, abordan los tipos de risa y su relación con la salud, los beneficios fisiológicos y psicológicos de la risa. También se exponen las limitaciones metodológicas en la investigación de los beneficios de la risa en medicina.

Comentario

Aun con las limitaciones metodológicas en la investigación de los beneficios de la risa en medicina, que los autores explican, se debe apostar por su empleo, y más en áreas de la medicina, que como en nuestro campo, se supone alto índice de estrés. Las conclusiones resumen el excelente trabajo: debemos incorporar la risa a nuestras vidas y a la práctica profesional sanitaria. Los profesionales de la salud reconocen cada vez más la importancia de la medicina de la risa como una estrategia, entre otras, para neutralizar el estrés, reducir el dolor, estimular el sistema inmunitario y promover el bienestar en ellos mismos y en sus pacientes. Lo siguiente puede ser una buena recomendación para todos: «ríe regularmente y ayuda a los demás a reír». En esta época de medicinas basadas en la evidencia, parece apropiado que la medicina de la risa tenga cada vez más su lugar en la prevención y el tratamiento de las enfermedades y procesos de salud, aunque es necesario apoyar también su investigación.

Otras revistas

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 24-11-2008
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

La asociación de síntomas físicos y psicológicos con el tiempo hasta el fallecimiento en pacientes oncológicos paliativos ambulatorios.

Cheung WY, Barmala N, Zarinehbat S, Rodin G, Le LW, Zimmermann C. The association of physical and psychological symptom burden with time to death among palliative cancer outpatients. J Pain Symptom Manage. 2008. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2008.03.008

El objetivo de este estudio era determinar la carga de síntomas físicos y psicológicos de pacientes oncológicos atendidos en una consulta de cuidados paliativos en los últimos cuatro meses de vida y evaluar la relación de la intensidad de los síntomas con el tiempo que dista al fallecimiento y con otras variables demográficas. En la consulta externa de cuidados paliativos de un hospital de oncología de Toronto, Canadá, recogieron consecutivamente los datos del último de los cuestionarios ESAS realizados por pacientes atendidos en la consulta por el equipo de Cuidados Paliativos que hubieran fallecido en los 4 meses siguientes. Con el ESAS calcularon el total symptom distress score (TSDS) como la suma de la puntuación de cada uno de los síntomas (excepto bienestar), el physical subscore (PHS) como la suma de los síntomas físicos (dolor, disnea, anorexia, náuseas, astenia y somnolencia) y el psychological subscore (PSS) como la suma de los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión); además el TTD como el intervalo de tiempo desde que el último ESAS hasta el fallecimiento. Se incluyeron 198 pacientes, de una mediana de edad de 65 años, 55% hombres, los tumores más frecuentes fueron

gastrointestinales y broncopulmonares. La astenia, la anorexia y el malestar fueron los síntomas más frecuentes y las náuseas el mejor controlado. La mediana de TTD fue de 36 días. Se encontró relación significativa entre TTD y TSDS ($p=0.001$) y relación significativa entre el TTD y PHS ($p=0,001$), pero no entre TTD y PSS ($p=0,1$), es decir, los pacientes que estaban más cerca de la muerte tenían síntomas más severos, y en concreto síntomas somáticos más severos, pero los psicológicos no eran más severos conforme se acercaba la muerte. Individualmente los síntomas que se relacionaban con el TTD fueron astenia ($p=0,01$), anorexia ($p=0,001$), somnolencia ($p=0,006$) y disnea ($p=0,009$) y existía tendencia no significativa con el malestar. No se encontró relación con edad, sexo o tumor primario.

Los autores comparan sus resultados con estudios previos similares. Concluyen que esta correlación nos habla de que este grupo de síntomas físicos (astenia, anorexia, somnolencia y disnea) parece que tiende a empeorar al final de la vida y no así los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión).

Comentario

Este es uno de los pocos estudios que nos habla de la evolución del perfil sintomático de los pacientes en los últimos meses de vida. Además de los datos estadísticos, aporta unas gráficas en las que se ve claramente cómo algunos síntomas, como el dolor, se controlan y mejoran, y cómo, sin embargo, otros como la astenia o la anorexia aumentan progresivamente al final. Es interesante también ver que los síntomas psicológicos presentan una evolución diferente ya que se mantienen estables en los últimos meses, algo que coincide con lo descrito en estudios previos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 15-11-2008
Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Prevalencia del dolor en enfermos oncológicos: revisión sistemática de los últimos 40 años.

van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol. 2007; 18: 1437-49.

Los autores llevan a cabo una revisión de la literatura para conocer la prevalencia del dolor en enfermos oncológicos en diferentes estadios de la enfermedad. Se realizó una búsqueda sistemática que incluía los conceptos dolor, prevalencia y cáncer. De un total inicial de 4737 se seleccionaron 160 artículos que cumplían los criterios mínimos de selección. Una segunda valoración, basada en la representatividad de los resultados, la calidad de la

recogida de datos y la descripción del método limitó la selección a 52 trabajos que mostraban una calidad metodológica suficiente y que abarcaban un total de cerca de 20000 enfermos. En conjunto, en 16 estudios, que incluían enfermos en todos los estadios, referían dolor el 53% (IC 95%: 43% a 63%). En los siete estudios limitados a pacientes que habían recibido un tratamiento potencialmente curativo la proporción era del 33% (IC 95%: 21% a 46%); en los siete trabajos con enfermos que recibían tratamiento oncológico del 59% (IC 95%: 44% a 73%) y en los 22 estudios con pacientes en situación avanzada o terminal del 64% (IC 95%: 58% a 69%). Cerca de cada tres enfermos con dolor lo refería como moderado o severo. En todos los tumores la prevalencia de dolor alcanzaba al menos al 50% de los pacientes. Los tumores primarios que se asociaban con una mayor proporción de enfermos con dolor eran los de cabeza y cuello, con el 70%, pero no se encontraron diferencias significativas con respecto a los de otros orígenes.

Comentario

Los datos de este estudio pueden considerarse de referencia por el número de estudios (y de enfermos incluidos) y el rigor metodológico. Tal vez el dato más llamativo sea que las proporcionales de enfermos con dolor referidas a los enfermos en conjunto, a los que reciben tratamiento oncológico y a los que presentan una enfermedad avanzada o terminal se sitúen en un rango escaso, entre el 53% y el 64%, lo que hace pensar que, probablemente, las tres subpoblaciones tengan importantes coincidencias. En todo caso, los datos respaldan, en cierto modo, la validez funcional de la regla nemotécnica que indica que en los tumores recién diagnosticados uno de cada cuatro enfermos refiere dolor, en los que reciben tratamiento, dos de cada cuatro, y en los que tienen cánceres avanzados, tres de cada cuatro.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 10-12-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Procedimientos invasivos y quirúrgicos en el manejo del derrame pleural recidivante de etiología maligna.

Neragi-Miandoab S. Surgical and other invasive approaches to recurrent pleural effusion with malignant etiology. Support Care Cancer. 2008; 16: 1323-31.

Este trabajo nos presenta una revisión sistemática de los trabajos que incluían la palabra clave "malignant pleural effusion" entre 1973 y 2006. El autor incluye algunos apuntes relativos a las formas de presentación clínica y las técnicas diagnósticas pero centra su trabajo en la revisión de los procesos intervencionistas: desde la toracocentesis y

pleurodesis con diversos agentes irritantes hasta la pleurectomía.

Comentario

Se trata de un trabajo interesante no porque aporte grandes novedades sino porque permite un repaso rápido por las formas de tratamiento y el número de artículos revisados.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 10-12-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Prevalencia del dolor oncológico infratratado: revisión de la literatura.

Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Ann Oncol. 2008; 19: 1985-91.

Una percepción común es que el dolor del enfermo oncológico sigue estando tratado, incluso en nuestros días, de manera insuficiente. Los autores llevan a cabo una revisión bibliográfica para cuantificar la proporción de enfermos que no llega a recibir un tratamiento analgésico adecuado. Para ello buscaron en Medline estudios que evaluaban la congruencia entre el dolor y la analgesia. Sólo se valoraron los que incluían enfermos oncológicos y que empleaban el PMI (Pain Management Index). Este instrumento plantea dos escalas: la del dolor más severo del paciente (nulo, leve, moderado y severo) y la del tratamiento analgésico (ninguno, no opioide, opioides débiles y opioides fuertes). Los cuatro grados de las dos escalas se deberían correlacionar para que el paciente recibiera un tratamiento adecuado. Si el tratamiento indicado sobrepasa por exceso el que se debería asignar en función de la intensidad del dolor el PMI del paciente toma valores positivos. Si, al contrario, no alcanza el grado que debería, el valor es negativo. Hay modificaciones del PMI que incluyen otras variables (como el dolor promedio, la tolerancia, o el cumplimiento del tratamiento) pero no se han incluido en este estudio. En conjunto, se encontró que el valor promedio de valores de PMI negativos en los estudios era del 43% (rango: 8% a 82%) aunque había una gran variabilidad entre los diferentes estudios. En todo caso, esto supone que casi uno de cada dos enfermos oncológicos estudiados no recibía un tratamiento suficiente. Los factores que se asociaban a valores negativos de PMI eran: estudios publicados antes del año 2001 y estudios realizados fuera de Estados Unidos, especialmente en países con poca renta per capita. En el estudio multivariante se vio que también se encontraba un peor tratamiento del dolor en los pacientes atendidos en ámbitos no estrictamente oncológicos.

Comentario

La sistemática del trabajo es discutible por la validez del método (revisión bibliográfica) o por el instrumento empleado, el PMI que, a pesar de estar validado, emplea una clasificación rígida que no siempre se adapta al buen quehacer de la práctica clínica diaria. En todo caso, es un instrumento sencillo y útil para intentar valorar la calidad del tratamiento analgésico en grupos de enfermos. Por lo demás, los datos son coherentes con los de publicaciones previas. Un dato esperanzador es que los estudios más recientes presentan unas proporciones menores de enfermos infratratados, lo que vendría a respaldar que, con los años, las directrices sobre control del dolor han empezado a mostrar un cierto impacto no sólo individual sino social. Por último, llama la atención que en esta revisión no aparece ningún estudio español. Esto nos recuerda lo conveniente que sería realizar en nuestro medio algún estudio de este tipo que serviría también como control de calidad de nuestro trabajo.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 16-12-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Modelo para predecir la supervivencia en pacientes con cáncer avanzado.

Chow E, Abdoell M, Panzarella T, Harris K, Bezjak A, Warde P et al. Predictive model for survival in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2008; 26: 5863-9.

Los autores habían diseñado un modelo para predecir la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado que reciben radioterapia paliativa que incluía seis variables: tumor primario, localización de las metástasis, Karnofsky y las subescalas de cansancio, pérdida de apetito y disnea del ESAS. En el nuevo modelo se retiraron las tres variables del ESAS ya que exigen comunicarse con el paciente y que él participe transmitiendo su propia valoración. Las restantes se categorizaron de manera dicotómica. En el un análisis multivariante del grupo de pacientes inicial se le dio peso a las diferentes categorías de cada variable. Estos resultados permiten plantear dos modelos. En uno se hace una puntuación de las posibles opciones de cada variable (entre 0 y 3) y se suman los valores, lo que permite una puntuación máxima entre 0 y 8. A partir de ahí se definen tres grupos con pronóstico relativamente homogéneo. A los que puntúan entre 0 y 4 se les incluye en el grupo A, a los que puntúan 5 en el grupo B y a los que se sitúan entre 6 y 8 en el C. El otro modelo se basa en valoraciones dicotómicas de las variables (cáncer de mama vs. otros tumores; metástasis óseas vs. otras localizaciones; Karnofsky > 60% vs. Karnofsky < 60%) y se da un punto a los que de entran en el grupo de peor pronóstico. De este modo sólo se puede puntuar entre 0 y 3. Los que puntúan hasta 1 entran en el grupo I, los que

puntúan 2 en el II y los que puntúan 3 en el III. La capacidad de discriminación pronóstica de las dos clasificaciones se valoró en tres subgrupos no homogéneos de 395, 445 y 467 pacientes. En conjunto, las dos clasificaciones tienen una capacidad de discriminación similar con una mediana de supervivencia en el grupo de buen pronóstico de cerca de 12 meses, de unos 6 meses en el grupo intermedio y cercana a 3 meses en los de mal pronóstico. Por su mayor sencillez, se adoptó como referencia práctica el nuevo modelo de tres variables con valoración dicotómica.

Comentario

El modelo que proponen los autores se orienta a enfermos que reciben radioterapia paliativa y no se adapta a una mayoría de los pacientes que se tratan en las Unidades de Cuidados Paliativos, con una expectativa de supervivencia netamente menor. Aun así es un instrumento sencillo y práctico que permite estimar la supervivencia probable de enfermos con cáncer avanzado mediante tres variables sencillas y fáciles de valorar (origen del tumor primario, localización de las metástasis y estado general). Por lo demás, es un artículo en que interesa tener en cuenta la metodología de trabajo (análisis multivariante, validación de los resultados...) como referencia de posibles estudios en esta línea.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-12-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

¿Es beneficioso para los enfermos con un cáncer de pulmón irresecable rellenar un diario que registre su calidad de vida?

Mills ME, Murray LJ, Johnston BT, Cardwell C, Donnelly M. Does a patient-held quality-of-life diary benefit patients with inoperable lung cancer? J Clin Oncol. 2009; 27: 70-7.

La evaluación de la calidad de vida es algo que los pacientes comprenden y aceptan. Sin embargo, su beneficio en la práctica clínica es dudoso. En este estudio se incluyen paciente con tumores torácicos avanzados que se asignaron de manera aleatoria bien a rellenar o no un diario con el cuestionario QLQ-LC13 (versión del QLQ-C30 para cáncer de pulmón) de manera semanal a lo largo de cuatro meses. Los médicos de referencia conocían el estudio pero no habían recibido formación específica sobre cómo interpretar los datos sobre calidad de vida. La evaluación de los resultados se realizó con unos cuestionarios de calidad de vida diferentes al que se incluía en el diario del grupo en estudio. Así se empleó el FACT-L (con las subescalas FACT-G, total score, TOI) y el PQLI (Palliative Care Quality of Life Index). Se incluyeron 115 enfermos en el estudio, cerca del 80% con cáncer de pulmón no microcítico; la mayoría recibió

tratamiento con quimioterapia a lo largo del estudio. Sólo uno de cada cuatro enfermos del grupo en estudio compartió los datos del diario con el personal que lo atendía. Completaron los 4 meses del estudio cerca del 50% de los pacientes. En conjunto, no se observaron grandes diferencias ($p = 0,14$) en el TOI, que era la variable principal del estudio y que evalúa el bienestar físico y funcional junto a los síntomas derivados del cáncer de pulmón. Sí que se encontraron, sin embargo, diferencias desfavorables al grupo que rellenaba el diario en variables secundarias como el FACT-L ($p = 0,05$) o el área bajo la curva del PQLI, la variable que integra el PQLI a lo largo del tiempo ($p = 0,04$). Estas diferencias se mantuvieron tras ajustar los resultados a las posibles variables de confusión. En todo caso, la satisfacción de los pacientes fue similar en ambos grupos.

Comentario

El resultado puede parecer sorprendente: el control periódico de la calidad de vida con un instrumento específico no aporta beneficios clínicos sino, más bien, lo contrario en enfermos con cáncer de pulmón avanzado. Dentro de las posibles causas se puede encontrar el azar, los problemas del método ya que se analizan varios parámetros secundarios modificados y con ellos se alcanzan significaciones estadísticas marginales, el sesgo de desgaste por la pérdida de pacientes o, incluso, cierta sobrecarga de cuestionarios que hace que el paciente se canse y pierda interés. En todo caso, de acuerdo con los resultados, es poco probable que evaluar sin más la calidad de vida suponga un beneficio clínico relevante en los enfermos si esta evaluación no supone un compromiso y un control clínico adecuado por parte de quien atiende al paciente y si no se tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones. Este estudio recuerda que evaluar la calidad de vida es interesante, pero no es el paradigma de la calidad asistencial ni el remedio a todos los males del enfermo oncológico. En resumen; ¿evaluar de la calidad de vida? Sí, pero sólo si se hace bien.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-12-2008
Hospital Universitario del Río Hortega
