

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



37ª Entrega. Marzo 2009

INDICE

Articulo	Pag.
Muerte asistida por el médico, de Oregon a Washington.	1
Estudio piloto en fase II para evaluar la administración de lidocaína intravenosa en el dolor oncológico resistente a opioides.	1
Revisión sistemática de las escalas empleadas en la evaluación de la astenia en relación con el cáncer.	2
¿Cuál es la utilidad de las revisiones sistemáticas en la práctica de los Cuidados Paliativos? Estudio de 25 revisiones sistemáticas de la Cochrane.	2
¿Es la intensidad del dolor un factor predictivo de la complejidad del tratamiento del dolor?	3
Características y correlaciones de la disnea en pacientes con cáncer avanzado.	3
La elección terrible: reevaluación de los criterios de elegibilidad para la atención tipo Hospice en enfermos oncológicos.	4
Herramientas para evaluar el Dolor en cuidados paliativos: Una necesidad urgente para el consenso.	4
Endoprótesis autoexpandibles como tratamiento único del cáncer de esófago: análisis prospectivo de los resultados tras su colocación.	5
Evaluación del dolor persistente; comparación de la puntuación del dolor actual y del recuerdo del dolor de la última semana.	5
Investigando sobre disnea en cuidados paliativos: Consenso del NCRI Palliative Care Breathlessness Subgroup.	6

Muerte asistida por el médico, de Oregon a Washington.

Steinbrook R. *Physician-assisted-Death from Oregon to Washington State. N Engl J Med. 2008;359(24):2513-17.*

En Noviembre los residentes del estado de Washington votaron 58% a 42% para permitir la muerte asistida por el médico (MAM). Como se inició la ley en Oregon con el Decreto de Muerte con Dignidad, así se basará la de Washington. En marzo de 2009 habrá dos estados en EEUU que despenalizarán la MAM.

En Oregon entre 1998 y 2007 los médicos realizaron un total de 541 prescripciones de dosis letal de medicación (secobarbital o pentobarbital) y 341 murieron como resultado de tomar dicha medicación.

La legalización de la MAM ha sido seguida con mejoras en la implementación de los cuidados paliativos. Tres años se tardó en Oregon en preparar la legislación para MAM, en Washington cuentan con meses.

Se hace hincapie en que la medicación no debe ser prescrita a un paciente con "sufrimiento por enfermedad psicológica o psiquiátrica" y que si se sospecha previamente ha de ser valorado por la Unidad de Salud Mental. Llama la atención que en 2007 ninguno de los enfermos a los que se le administró la medicación letal, fueran previamente valorados por psiquiatras, cuando en el período de 1998-2006 el 12.6% fueron derivados a psiquiatras

Comentario

Nos guste o no nos guste, y como diría Alvaro Sanz: "... la eutanasia y los cuidados paliativos no hacen buen maridaje...", a partir de marzo-09, probablemente tras la despenalización en Washington, otra vez seremos punto de mira en un debate que nunca iniciamos nosotros, pero que siempre se cuenta con nuestra opinión.

Otras revistas

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 15-01-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Estudio piloto en fase II para evaluar la administración de lidocaína intravenosa en el dolor oncológico resistente a opioides.

Sharma S, Rajagopal MR, Palat G, Singh C, Haji AG, Jain D. *A phase II pilot study to evaluate use of intravenous lidocaine for opioid-refractory pain in cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2009;37:85-93.*

Los autores llevan a cabo un estudio comparativo con distribución aleatoria, cruzado y controlado con placebo en enfermos con dolor oncológico resistente a opioides entendido como el que no responde a la dosis máxima tolerable de morfina. La intensidad media del dolor al inicio era de 8,6 (escala numérica 0-10). A los que aceptaron entrar en el estudio se les mantuvo sin cambios en la pauta analgésica las 48 horas previas a la infusión y las 24 horas posteriores. Se administraron, de manera consecutiva, una infusión de lidocaína y otra de placebo (o a la inversa, según la asignación), separadas por un intervalo de 14 días. La dosis total de lidocaína fue de 4 mg/Kg: 2 mg/Kg en los primeros 20 minutos y 2 mg/Kg en la hora siguiente. Se monitorizó ritmo cardiaco (ECG de 3 derivaciones), tensión arterial y frecuencia respiratoria. Se evaluó el dolor antes y dos horas después de la infusión. También se evaluó el dolor a diario, estimado como el dolor más severo que hubiese durado al menos media hora en las 24 horas previas. Comenzaron el estudio 62 pacientes pero sólo se analizaron los 50 (81%) que lo concluyeron. Se apreció que la reducción media de la intensidad del dolor fue de 6,3 con lidocaína y 2,3 con placebo ($p < 0,001$). Se obtuvo una analgesia clínicamente relevante, es decir, una reducción de la intensidad del dolor de al menos el 50%, en el 82% de los pacientes con lidocaína frente al 16% con placebo ($p < 0,001$). El inicio de la analgesia tuvo una demora media de 40 minutos con lidocaína y de 75 con placebo ($p < 0,001$). Esta analgesia se mantuvo una media de 9 días con lidocaína y 4 con placebo ($p < 0,001$). La intensidad del dolor medio más severo de cada día a lo largo de los 14 días de seguimiento tras cada infusión fue de 1,4 con lidocaína y 5,2 con placebo ($p < 0,001$), si bien el promedio de dosis de rescate diarias no fue tan diferente (1,5 con lidocaína frente a 1,8 con placebo; $p = 0,01$). Se registraron efectos secundarios en una de cada dos infusiones de lidocaína si bien en general fueron leves. Los más frecuentes fueron: mareo, tinnitus, parestesias faciales y cefalea. Todos ellos fueron limitados y no requirieron tomar nuevas medidas en un paciente que precisó suspender la infusión por tinnitus importante, mareo y parestesias faciales. En el registro cardiaco se apreció un descenso medio 36 pulsaciones por minuto sin presentarse arritmias o bradicardia inferior a 50 por minuto.

Comentario

Este estudio respalda un probable efecto de la lidocaína en el dolor difícil. Se trataría, además, de un efecto relativamente duradero. Aun así, hay problemas de diseño como que no se analicen los resultados de cerca de uno de cada cinco pacientes que comenzaron el estudio o que en el seguimiento se pudiera modificar la pauta analgésica o que todavía pudiera haber cierto efecto de arrastre entre las dos infusiones ya que, por ejemplo, en el caso de la lidocaína la duración media del efecto es de cerca de dos terceras partes del tiempo previsto hasta la infusión de placebo.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 20-01-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Revisión sistemática de las escalas empleadas en la evaluación de la astenia en relación con el cáncer.

Minton O, Stone P. A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). Ann Oncol. 2009;20:17-25.

Aunque dispone de criterios diagnósticos, el concepto de astenia en relación con el cáncer no es un concepto unívoco. Esto lleva a que sean también numerosos los instrumentos de medida que intentan cuantificarlo. Estos instrumentos tienen diferentes grados de implantación tanto en la práctica clínica como en estudios. Entre ellos se distinguen, principalmente, por sus condiciones psicométricas, el tamaño y la complejidad y las dimensiones de la astenia que evalúan. Los autores realizan una revisión sistemática (en Medline, CINAHL y Psychinfo) a partir de la cual seleccionaron las escalas autoadministradas validadas y/o empleadas en enfermos oncológicos de habla inglesa y han debido demostrar consistencia interna, estabilidad, validez discriminante, sensibilidad al cambio y validez convergente con otras escalas. Se excluyeron las escalas de una sola pregunta, incluidas las EVA y las que se incluían como subescalas en cuestionarios más amplios de calidad de vida salvo que se hubiesen demostrado sus propiedades psicométricas. Se encontraron 14 cuestionarios: 5 unidimensionales (que miden el impacto físico de la fatiga) y 9 multidimensionales. Las unidimensionales incluían una mediana de nueve cuestiones con evaluación numérica o tipo Likert: Brief Fatigue Inventory, subescala de fatiga del QLQ-C30, Fatigue Severity Scale, FACT-F y POMS-F. Las multidimensionales incluían una mediana de 18 ítems, en su mayoría tipo Likert: Fatigue Questionnaire (o Chalder Fatigue Scale), Fatigue Symptom Inventory, Visual Analogue Scale for Fatigue (o escala de Lee), Multidimensional Assessment of Fatigue, Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Multidimensional Fatigue Symptom Inventory breve (MFSI-30), PFS revisado, Schwartz Cancer Fatigue Scale y Wu Cancer Fatigue Scale. Las escalas más empleadas y mejor validadas son el FACT-F, la subescala de fatiga del QLQ-C30 y el Fatigue Questionnaire. Las escalas unidimensionales, que son más fáciles de completar, son las más difundidas.

Comentario

Este estudio hace un repaso sencillo de los instrumentos más fiables (y más complejos) en la evaluación de la fatiga en relación con el cáncer. La conclusión práctica es que, como era de esperar, los cuestionarios más empleados y más conocidos (el FACT-F y la subescala de fatiga del QLQ-C30) empiezan a ser, por así decir, el idioma universal en la evaluación de la astenia. En todo caso, este trabajo no descarta de manera taxativa los instrumentos más sencillos, como las escalas numéricas, sino que

sencillamente no los incluye porque el diseño se dirige sólo a cuestionarios más complejos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 20-01-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

¿Cuál es la utilidad de las revisiones sistemáticas en la práctica de los Cuidados Paliativos? Estudio de 25 revisiones sistemáticas de la Cochrane.

Wee B, Hadley G, Derry S. How useful are systematic reviews for informing palliative care practice? Survey of 25 Cochrane systematic reviews. BMC Palliative Care. 2008;7:13.

Sobre la base de las dificultades de los estudios clínicos en Cuidados Paliativos, los autores se plantean si las revisiones de estos estudios son realmente útiles en la práctica clínica. Para eso recogieron las revisiones relativas a Cuidados Paliativos del Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group registradas hasta Diciembre de 2007 e incluidas en el primer volumen de 2008 de la Cochrane Database of Systematic Reviews. De las 25 revisiones, 16 se referían al tratamiento farmacológico del dolor u otros problemas, 3 a radioterapia, 3 a tratamientos complementarios y 3 a otros temas (suplemento mineral, cuidados de soporte o pleurodesis). Todas las revisiones buscaban ensayos comparativos con distribución aleatoria. En 5 (20%) de las revisiones encontraron estudios no controlados pero sólo 2 (8%) analizaron estos estudios al no disponer de otros de más calidad. En estas revisiones, se evaluaron la cantidad y la calidad de los estudios incluidos, la calidad del proceso de revisión y el peso de la evidencia que aportaban. Los propios autores de las revisiones reconocían limitaciones en sus estudios; en 18 (72%) pocos estudios, en 10 (40%) la falta de parámetros de medida realmente útiles, en 8 (32%) heterogeneidad en el método y en 5 (20%) problemas de diseño. La mediana de ensayos incluidos en cada revisión fue 4 (límites: 0 a 54), lo que suponía una mediana de pacientes cercana a 400 (límites: 0 a 6352). Se encontró una gran heterogeneidad en cuanto a las características de los pacientes, el tipo de intervención o los parámetros que se evaluaban. Sólo 5 revisiones (20%) incluyeron únicamente estudios comparativos con distribución aleatoria y asignación doble ciego. Esto lleva a que sólo en 2 (8%) de las intervenciones evaluadas se alcance una evidencia sólida, a pesar de las limitaciones debidas a la diversidad de los estudios y de las variables evaluadas.

Comentario

Las revisiones combinan los estudios publicados previamente pero no los cambian. Es cierto que al agrupar más pacientes en ocasiones se pueden aportar unos

resultados más sólidos. Pero cuando los estudios no son de buena calidad, por el diseño, la diversidad de los pacientes o los diferentes parámetros de medida, integrar sus resultados no suele mejorar la evidencia. Esto es lo que sucede con los estudios referidos a Cuidados Paliativos que se incluyen en este análisis, lo que refuerza la idea de las dificultades de la investigación con enfermos en situación terminal y, aun así, también de la necesidad de sacar adelante estudios bien diseñados, es decir, de obtener una evidencia fuerte que respalde las decisiones clínicas con estos pacientes .

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 26-01-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

¿Es la intensidad del dolor un factor predictivo de la complejidad del tratamiento del dolor?

Fainsinger RL, Fairchild A, Nekolaichuk C, Lawlor P, Lowe S, Hanson J. Is pain intensity a predictor of the complexity of cancer pain management? J Clin Oncol 2009;27:585-90.

La clasificación de Edmonton del dolor oncológico (Edmonton Classification System for Cancer Pain, ECS-CP) es útil para predecir qué dolor será más difícil de controlar. Esta clasificación tiene en cuenta cinco variables: mecanismo fisiopatológico (neuropático...), dolor incidental, sufrimiento psicológico, conducta adictiva y alteración de la función cognitiva. Los autores de este estudio multicéntrico analizan los datos de 591 enfermos oncológicos avanzados para conocer si la intensidad inicial del dolor se puede considerar también como un factor indicativo de dolor difícil. Los datos muestran que el dolor inicial leve (hasta 3 en una escala de 0 a 10) tarda una mediana de 4 días en controlarse el dolor moderado (4 a 6 sobre 10) 8 días y el severo (7 o más sobre 10) 22 días ($p < 0,001$). La intensidad del dolor se asocia asimismo al empleo de dosis de opioides finales más elevadas: la mediana de equivalente de morfina diaria es de 12 mg en el dolor leve, 48 mg en el dolor moderado y 72 mg en el severo ($p < 0,001$). La intensidad del dolor guarda a su vez relación con el empleo de un número mayor coadyuvantes ($p = 0,004$). La intensidad del dolor mantiene su valor predictivo en el análisis multivariante junto a la edad y al tipo de dolor (neuropático).

Comentario

Este estudio avala un criterio que parece de sentido común experiencia común o, al menos, de sentido común: que el dolor (oncológico) más intenso es más difícil de controlar. Lo importante es que este dato se mantiene como factor pronóstico independiente cuando se valora en el análisis multivariante junto con otras variables que pudieran ser de más peso. La conclusión es que probablemente sea

adecuado plantearse una nueva versión de un instrumento conocido de evaluación del dolor como es la clasificación de Edmonton para que hacerla más precisa con la inclusión de la intensidad inicial del dolor.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-01-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Características y correlaciones de la disnea en pacientes con cáncer avanzado.

Reddy S, Pearson H, Elsayem A, Palmer JL, Bruera E. Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. J Palliat Med. 2009;12(1):29-36.

El objetivo de este estudio era caracterizar la disnea, explorar las diferencias entre la presentación continua y la disnea irruptiva, así como determinar los factores asociados con su intensidad. La metodología seguida consistía en un estudio prospectivo observacional sobre 70 pacientes con disnea derivados a un servicio de cuidados paliativos. La disnea fue evaluada utilizando el ESAS y el Oxygen Cost Diagram (OCD). Igualmente se determinaron oximetría, test de función pulmonar, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y una evaluación sistemática diaria de las características de la Disnea. Como resultados los autores apuntan los siguientes: La disnea constante ocurría en 27 enfermos (39%), de los cuales el 20% presentaban episodios irruptivos de disnea. En el 61% de los pacientes sólo tuvieron lugar episodios irruptivos de disnea. En La mayoría de los enfermos con episodios irruptivos de disnea, el número diario fue inferior a 5, y más frecuentemente duraban menos de 10 minutos. La disnea (evaluada con ESAS) se asoció con astenia, Volumen espiratorio forzado y depresión (en el análisis multivariante). La intensidad de la disnea significativamente interfirió con las actividades generales, el humor, la capacidad de caminar, el trabajo y la capacidad de entretenimiento.

Comentario

Por experiencia observamos que en muchos enfermos con cáncer avanzado el síntoma prioritario es la disnea episódica, más que la basal. Hasta ahora este hallazgo había sido poco estudiado, por lo que de entrada es muy interesante el estudio.

Llama la atención que el Índice de Karnofsky (mediana) de los pacientes se situaba en 80, con lo cual la validez externa en nuestro medio es dudosa. Asimismo falta una definición unificada sobre qué entendemos por disnea irruptiva, al igual que se ha consensuado con el dolor. Los autores no comentan el tratamiento basal que prescribían para la disnea basal aunque si inciden en la necesidad de utilizar un opioide de acción inmediata para yugular los episodios de disnea irruptiva, y por supuesto faltan estudios

randomizados en relación con este aspecto.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 01-02-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

La elección terrible: reevaluación de los criterios de elegibilidad para la atención tipo Hospice en enfermos oncológicos.

Casarett DJ, Fishman JM, Lu HL, O'Dwyer PJ, Barg FK, Naylor MD, Asch DA. The terrible choice: re-evaluating hospice eligibility criteria for cancer. J Clin Oncol.2009;27:953-9.

Los autores plantean cuáles son, para los pacientes y sus familiares, las prestaciones más relevantes de los cuidados tipo Hospice. En cierta medida, la valoración de las prestaciones es un reflejo de las necesidades percibidas y de la importancia que se le dé. Para ello se incluyó en el estudio a 300 pacientes oncológicos avanzados, de los que sólo el 15% falleció en los seis meses siguientes al estudio, y 171 familiares. Se planteó una valoración mixta, categórica y cuantitativa, de las diferentes prestaciones mediante una escala que permitía puntuar entre 1 y 7. Además, se plantearon comparaciones entre diferentes prestaciones para que se eligiera aquella que se estimaba más importante. Todo ello se llevó a cabo mediante un programa informático en que los participantes respondían el cuestionario autoadministrado en un Tablet PC. Asimismo se hizo una valoración de cuál era la estimación de probabilidad de supervivencia a los seis meses por la que los pacientes aceptarían tratamiento con quimioterapia a la vez que se incluyeron otras valoraciones referidas a sufrimiento emocional, síntomas, apoyo social, estado general, dependencia o, en el caso de los cuidadores, sobrecarga. En conjunto, se apreció que la valoración media de las diferentes prestaciones se acercaba a 3 (escala 1-7), es decir, lo que corresponde a la valoración categórica de relativamente importante. Los que más valoraron las diferentes prestaciones fueron los que no eran de raza blanca, los que tenían menos apoyo social, los que tenían más dependencia para las actividades diarias y los que presentaban problemas psicológicos. Los que tenían una expectativa de supervivencia más limitada daban también más importancia a estas ayudas. No se encontró relación entre la voluntad de aceptar tratamiento oncológico y la valoración de las prestaciones propias de los cuidados tipo Hospice. En cuanto a los cuidadores, los que más valoraban las prestaciones eran los que referían una sobrecarga mayor (Zarit), los que tenían más problemas de salud, los que cuidaban a una persona con más dependencia y los que simultaneaban los cuidados con un trabajo fuera de casa.

Comentario

Este estudio, que se llevó a cabo en Estados Unidos, sólo se puede extrapolar parcialmente a lo que entendemos en nuestro medio como Cuidados Paliativos ya que el pronóstico de los enfermos incluidos (con sólo un 15% de fallecimientos a los seis meses) no se equipara a las características habituales de nuestros enfermos. En todo caso, muestra que hay un perfil, tanto de enfermos (los que tienen más limitaciones físicas y psicológicas y menos apoyo social) como de cuidadores (los que tienen más sobrecarga) que valoran más cualquier apoyo externo, independientemente de que esta ayuda se integre o no en el concepto de Cuidados Paliativos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-02-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Herramientas para evaluar el Dolor en cuidados paliativos: Una necesidad urgente para el consenso.

Hjermstad MJ, Gibbins J, Hauhen DF, Caraceni A, Loge JH, Kaasa S (European Palliative Care research Collaborative (EPCRC). Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus. Palliat Med 2008;22:895-903.

En el momento actual no hay ninguna herramienta para evaluar el dolor universalmente aceptada, en cuidados paliativos (CP). La EPCRC se marcó como objetivo desarrollar una herramienta internacional consensuada. Como parte de este proceso desarrollaron:

1. Una revisión de la literatura sobre herramientas para evaluar el dolor y de uso en CP.
 2. Un estudio internacional de expertos para obtener información en las dimensiones relevantes del dolor.
- Fueron identificadas 230 publicaciones, pero sólo 6 reunían los criterios de inclusión. Tres artículos se recogieron a través de una búsqueda manual, en total pues, 11 herramientas. 9 fueron multidimensionales. La intensidad del dolor fue evaluada en 7, utilizando varias escalas numéricas o verbales; 5 herramientas se centraban en el manejo del dolor. Grupos de pacientes y profesionales intervinieron en el desarrollo de 5 herramientas y sólo dos fueron validadas en varios idiomas. Treinta y dos expertos (71%) completaron el estudio e identificaron: Intensidad, modelo temporal, exacerbación/mejoría, calidad del dolor y localización como las cinco dimensiones más relevantes. La mayoría preferían valorar la intensidad del dolor por escalas numéricas y no verbales.

Comentario

De entrada el tema que plantean los autores es de gran interés, y es que aún no existen herramientas consensuadas para evaluar el dolor en CP. Llama la atención que ninguna de las herramientas encontradas en la

revisión, contenía las dimensiones relevantes del dolor manifestadas por los expertos. Así mismo las guías seleccionadas no se ajustaban a la metodología de guías clínicas de actuación. Obviamente los autores abogan por el desarrollo de una nueva herramienta para evaluar el dolor en CP.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 20-02-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Endoprótesis autoexpandibles como tratamiento único del cáncer de esófago: análisis prospectivo de los resultados tras su colocación.

White RE, Parker RK, Fitzwater JW, Kasepoi Z, Topazian M. Stents as sole therapy for oesophageal cancer: a prospective analysis of outcomes after placement. Lancet Oncol. 2009;10:240-6.

Los autores aportan su experiencia con endoprótesis metálicas autoexpandibles (stents) como único tratamiento del cáncer de esófago (más del 90% de los casos, carcinoma epidermoide). El estudio refleja la situación de Kenia, en un ambiente en que no es posible emplear quimioterapia y radioterapia y en que son muchos los pacientes que se ven obligados a limitar las opciones terapéuticas porque no les es posible pagarlas. Se presentan los datos prospectivos de 1000 prótesis colocadas a 951 pacientes entre 1999 y 2008. El 20% de los pacientes fue seguido hasta el fallecimiento. La mediana de supervivencia fue de 250 días. El sexo femenino se asociaba a un mejor pronóstico de supervivencia (HR de fallecimiento: 0,63; CI 95%: 0,46 a 0,87; $p = 0,004$). La intensidad de la disfagia se evaluó con una escala categórica en función de los alimentos que se toleran: 0, dieta normal; 1, ciertos sólidos; 2, semisólidos; 3, líquidos; 4, afagia. El 96% de los pacientes referían una disfagia grado 3 ó 4. En general se apreció una mejoría importante hasta grado 1 tras la colocación de la endoprótesis que posteriormente empeoraba de manera paulatina hasta grado 2. Se registraron complicaciones agudas en 54 (6%) de los 951 enfermos tratados y complicaciones tardías en 62 (19%) de los 334 pacientes seguidos a largo plazo. La mortalidad por la técnica fue del 0,3% (3 de 951). Las endoprótesis se emplearon también para tratar 34 perforaciones esofágicas por dilatación tumoral y también los de fístula traqueoesofágica, en ambos casos con buenos resultados. Hubo crecimiento del tumor dentro del stent en 51 (15%) de 334 pacientes seguidos. Este problema se diagnosticó al cabo de una mediana de 144 días tras la colocación de la endoprótesis. En 30 pacientes se colocó un segundo stent y en 4 hasta un tercero.

Comentario

En el cáncer de esófago, hay resultados previos que sugieren que la quimioterapia y la radioterapia mejoran el pronóstico comparado con el empleo único de endoprótesis paliativas. Los datos de este estudio, especialmente los referidos a la supervivencia, están limitados por el hecho de que sólo hay un seguimiento adecuado de uno de cada tres pacientes tratados, por lo que no se pueden considerar concluyentes. En todo caso sí que muestran que las endoprótesis autoexpandibles consiguen una paliación adecuada y duradera de la disfagia y de otros problemas, como la perforación o la fístula traqueoesofágica, en el cáncer de esófago que no recibe tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 14-03-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Evaluación del dolor persistente; comparación de la puntuación del dolor actual y del recuerdo del dolor de la última semana.

Shi Q, Wang XS, Mendoza TR, Pandya KJ, Cleeland CS. Assessing persistent cancer pain: a comparison of current pain ratings and pain recalled from the past week. J Pain Symptom Manage. 2009;37:168-74.

La evaluación del dolor se suele plantear enfocada a su intensidad actual o la de un periodo de tiempo previo como la del día anterior o la de la última semana. Los autores analizan datos de 1147 pacientes (58% mujeres, mediana de estado general: ECOG 1; 85% con tumor activo o en progresión) que habían referido dolor en la semana previa para conocer cuál es el que mejor refleja la experiencia general de los enfermos oncológicos: el dolor actual o el recuerdo del la última semana. Se empleó el Brief Pain Inventory (BPI) como instrumento para evaluar (de 0 a 10) tanto el dolor presente como el más severo, el más leve y el promedio de la semana previa. También se evaluó (de 0 a 10) en qué medida el dolor interfería en su capacidad de disfrutar de la vida, en su actividad, en su estado de ánimo y en la relación con los demás. Asimismo, se valoró el alivio del dolor. En conjunto el dolor actual (media 2,9; mediana 2) se presentó como más leve que el promedio de la semana previa (media 4,1; mediana 4), con una diferencia entre las dos medidas de 1,2 (IC 95: 0,9 a 1,4). El dolor más severo de la semana anterior indicó mejor en qué medida el dolor interfería en la actividad de los pacientes (Pearson 0,65; $p < 0,001$) que el promedio de la última semana (Pearson: 0,60; $p < 0,001$) o que el dolor actual (Pearson 0,53; $p < 0,001$).

Comentario

La evaluación del dolor tiene siempre dificultades añadidas. Una es la de qué dolor hay que valorar: el que se tiene ahora mismo (si es que se tiene), el último que se ha

padecido, el promedio del que se ha venido padeciendo... La evaluación que es más fiable es la del dolor actual, porque tiene menos sesgos de recuerdos y olvidos. Pero intentar extrapolarlo a un periodo de tiempo previo prolongado es arriesgarse a sufrir demasiados sesgos. Ante esta disyuntiva, lo que nos aporta este estudio es que, globalmente, en los enfermos con dolor crónico oncológico la evaluación del dolor previo es la que mejor refleja tanto experiencia global del dolor como su impacto en la vida.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-03-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Investigando sobre disnea en cuidados paliativos: Consenso del NCRI Palliative Care Breathlessness Subgroup.

Dorman S, Jolley C, Abernethy A, Currow D, Johnson M, Farquar M et al. Researching breathlessness in palliative care: consensus statement of the National Cancer Research Institute Palliative Care Breathlessness Subgroup. Palliat Med. 2009;23(3):213-27.

La disnea es común en la enfermedad avanzada y puede conllevar un gran impacto en pacientes y cuidadores. La investigación en el manejo de la disnea sigue siendo un reto. Hay relativamente pocos estudios, y gran parte de ellos están limitados por el tamaño muestral o el diseño. Este artículo representa el estado del consenso del National Cancer Research Institute (NCRI) Palliative Care Breathlessness Subgroup. Tiene por objetivo facilitar el diseño de estudios intervencionales multicéntricos en relación con disnea, sugerir una metodología y un abordaje racional a la investigación sobre la disnea en cuidados paliativos, así como poner la base de futuras "comparaciones entre estudios". Incluye una discusión sobre la fisiopatología de la disnea.

Comentario

Creo que es un artículo de revisión y consenso que nos puede ayudar a todos los profesionales que atendemos a enfermos en situación terminal con disnea, y más si tenemos el "hambre" de investigar acerca de un síntoma que seguimos sabiendo tan poco.

Las conclusiones y recomendaciones del NCRI Palliative Care Breathlessness Research Subgroup, las resumo como sigue:

1. Ensayos multicéntricos son necesarios para poder contestar muchas preguntas sobre la disnea.
2. Se debería contar con el apoyo de un experto estadístico desde el inicio del diseño.
3. Es importante el poder calcular, a priori la posible tasa de abandono.

4. La metodología mixta: Cuantitativa y cualitativa probablemente es la más apropiada.
5. La población debería ser cuidadosamente definida: Incidiendo en incluir índices de comorbilidad (Charlson) y la escala modificada de Karnofsky. Si es posible registrar la causa de la disnea.
6. Se debería ser muy exquisito en la descripción de las intervenciones propuestas.
7. Las variables de medida (NRS o Escala de Borg) deberían ser utilizadas por norma, para evaluar la severidad de la disnea.
8. Si el estudio de diseño es longitudinal "a largo plazo" hemos de incluir una escala de Calidad de vida.
9. Es urgente investigar en este campo, puesto que no hay un gold standard.
10. Sería muy interesante contar con investigadores familiarizados con la fisiología de la disnea, para poder aportar luz en cómo dirigir las intervenciones futuras.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 30-03-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz