

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



39ª Entrega. Octubre 2009

INDICE

Articulo	Pag.
La sedación paliativa no acelera el fallecimiento: resultados de un estudio prospectivo multicéntrico.	1
Coste biológico de cuidar de un enfermo oncológico: alteraciones de la regulación de las señales que promueven y frenan la inflamación.	1
Decidiendo sobre la sedación profunda continua: Perspectivas de los médicos. Un estudio de grupo focal.	2
Atropina, hioscina y escopolamina tiene la misma eficacia en el tratamiento de los estertores de la agonía.	2
La calidad de vida en pacientes en la etapa terminal del EPOC y de cáncer de pulmón.	3
Estudio cualitativo de las experiencias de los médicos generales y de las enfermeras de Atención Primaria en Inglaterra al explorar las preferencias de los pacientes en situación terminal sobre el lugar de fallecimiento.	4
Revisión sistemática de la literatura sobre las actitudes ante la investigación de los enfermos oncológicos avanzados.	4
Estudio nacional retrospectivo en Bélgica sobre la eutanasia y otras decisiones referidas al final de la vida y los cuidados proporcionados en los tres últimos meses de vida.	5
Fentanilo transdérmico en pacientes oncológicos con caquexia.	5
Rastreo de sufrimiento emocional y depresión en pacientes oncológicos: ¿es el cuestionario ultracorto de depresión una medida válida en el Reino Unido? Estudio prospectivo de validación.	6
Elaboración de directrices que identifican a pacientes que se beneficiarían de cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos quirúrgicos.	6
Síntomas y problemas en una muestra nacional representativa de pacientes con cáncer avanzado.	7
Atención médica al final de la vida en Bélgica bajo la ley de eutanasia.	8
Revisión sistemática de la literatura y revisión retrospectiva de historias clínicas sobre catéteres permanentes en el tratamiento de la ascitis maligna refractaria.	8
Determinantes de la intensidad de los tratamientos el final de la vida entre los que fallecen por cáncer en Taiwán, de 2001 a 2006.	9
Encuesta nacional sobre las prescripciones fuera de indicación en Hospices italianos.	9
Reflexiones críticas sobre el crecimiento de la investigación cualitativa.	10
Ensayo clínico controlado doble ciego y con distribución aleatoria de nortriptilina y gabapentina, solas o en combinación, en el dolor neuropático.	10
Evolución clínica de la demencia avanzada.	11

Articulo	Pag.
Naloxona intravenosa y buprenorfina transdérmica en el dolor oncológico asociado a prurito por colestasis refractario.	11
Barreras en la planificación de los cuidados avanzados en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	12

La sedación paliativa no acelera el fallecimiento: resultados de un estudio prospectivo multicéntrico.

Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. Ann Oncol 2009; 20: 1163-9.

Los autores se plantean conocer en qué medida la sedación paliativa acorta la expectativa de supervivencia de los enfermos oncológicos en situación terminal. Para ello diseñan un estudio prospectivo multicéntrico no intervencionista que valora la supervivencia desde el ingreso en una Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos tanto de enfermos a los que a lo largo de su estancia se les indica esta sedación paliativa como de los enfermos que fallecen sin sedación. Para ello, cuando se decide indicar una sedación se toman las características principales que se registraron al ingreso del paciente (sexo, edad, estado general y motivo del ingreso) y se selecciona un control con estas mismas características que hubiese fallecido sin sedación en cualquiera de los hospitales integrados en el estudio. Se incluyeron 267 casos y 251 controles. Sólo se apreciaron diferencias entre los dos grupos en relación con el tipo de tumor primario y de localización de las metástasis. En conjunto, se apreció que se indicaba sedación en uno de cada cuatro enfermos ingresados. El delirium fue motivo de sedación en cerca del 80% de los casos. La proporción entre sedación moderada y sedación profunda fue 2/1. El 12% fueron sedaciones urgentes y el 88% proporcionadas a la progresión de síntomas. La mediana de duración de la sedación fue de dos días. La mediana de supervivencia desde el ingreso fue similar en los enfermos que recibieron sedación y en los controles: 12 vs. 9 días ($p = 0,33$).

Comentario

Es difícil evaluar el impacto de una medida cuando no es posible plantear estudios comparativos con distribución aleatoria. En este caso, para reducir el sesgo de la comparación la alternativa fue seleccionar para cada caso de sedación un control con un perfil similar. Además, la supervivencia se analiza no desde el momento de la sedación sino desde el ingreso en la Unidad. Se acepta que si la sedación acortara la supervivencia, los enfermos que reciben sedación tendrían unas estancias más cortas. En el estudio, sin embargo, no se encuentran estas diferencias. Se trata de un dato indirecto pero fiable que respalda que la sedación terminal en enfermos oncológicos terminales, cuando está bien indicada y bien aplicada, no influye en la expectativa de supervivencia del paciente. Los datos de este estudio parecen representativos de lo que es la práctica habitual en nuestro medio y muestran que casi en el 90% de las sedaciones los fármacos se aplican de manera paulatina, paralela a la progresión de síntomas. Y se aprecia también que hay un componente de delirium en cerca del 80% de los casos. Estas dos situaciones se prestan a controversia en cuanto al concepto de sedación de los últimos días ya que o bien es difícil encontrar alternativas terapéuticas o bien no es posible contar con el

consentimiento por parte del paciente.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-07-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Coste biológico de cuidar de un enfermo oncológico: alteraciones de la regulación de las señales que promueven y frenan la inflamación.

Rohleder N, Marin TJ, Ma R, Miller GE. Biologic cost of caring for a cancer patient: dysregulation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways. J Clin Oncol. 2009;27:2909-15.

Hay pocos datos sobre el impacto fisiológico que supone cuidar a un familiar con cáncer. En este estudio se hace un seguimiento de 18 familiares (que cuidan de enfermos con tumores cerebrales); de promedio los pacientes habían sido diagnosticados e intervenidos unos tres meses antes. El perfil del cuidador es el de la mujer del enfermo, con una media de edad de 50 años. Los datos se obtuvieron en cuatro momentos a lo largo de un año: antes de iniciar la radioterapia, al concluirarla, a las seis semanas de terminar el tratamiento y al cabo de cuatro meses. Junto a estos datos se tomaron los de 19 personas de características similares que sirvieron como control. De inicio, se apreciaron unos niveles de estrés (PSS; Perceived Stress Scale) más elevados en los cuidadores (18 vs. 12; $p = 0,02$), al igual que los de depresión (forma breve del CES-D; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (12 vs. 6; $p = 0,003$); de hecho, hasta dos de cada tres cuidadores alcanzaban puntuaciones en el CES-D por encima del nivel de corte de depresión. Estas diferencias entre los dos grupos se mantuvieron a lo largo del seguimiento del estudio. En los cuidadores se encontró un descenso inicial en la producción diurna de amilasa en saliva con respecto a los controles (compatible con una reducción transitoria de la actividad del sistema parasimpático). No se apreciaron diferencias relevantes en los niveles de cortisol. A lo largo del seguimiento en los cuidadores se registró una elevación progresiva de la proteína C (signo de actividad inflamatoria) así como un descenso del RNA mensajero implicado en la producción de señales que frenan la inflamación. Los datos de sensibilidad in vitro a corticoides no mostraron grandes diferencias. En conjunto, los datos sugieren que las personas que cuidan en su domicilio a un familiar que padece un tumor cerebral experimentan cambios neurohormonales que parecen asociarse a un aumento de la actividad inflamatoria.

Comentario

Este estudio tanto en su idea inicial y en su objetivo como en su diseño se puede considerar ejemplar. Hasta la fecha han sido muy pocos, si los ha habido, los trabajos que han analizado los datos de laboratorio de las personas que

cuidan de familiares que padecen cáncer. Ciertamente los tumores cerebrales tienen un impacto especial en la familia y no sólo por el impacto clínico o pronóstico cuidadores sino por las limitaciones físicas y neuropsicológicas en la persona querida. Por este motivo, cualquier extrapolación de estos resultados al conjunto de los enfermos oncológicos hay que hacerla con prudencia. En todo caso, los resultados son interesantes ya que sugieren que el estrés percibido y evaluado "desde fuera" mediante cuestionarios tiene un fundamento fisiológico biomolecular. Y aunque este dato no tenga demasiada repercusión clínica a corto plazo sí que abre un campo para investigar nuevos objetivos terapéuticos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 13-07-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Decidiendo sobre la sedación profunda continua: Perspectivas de los médicos. Un estudio de grupo focal.

Rietjens JAC, Buiting HM, Pasman HRW, van del Mass PJ, van Delden JJM and van del Heide A. Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives. A focus group study. Palliat Med, 2009;23:410-17.

Aunque las guías existentes restringen la aplicación de la sedación continua profunda (scp) para pacientes con síntomas físicos refractarios y una expectativa de vida corta, su utilización no se limita siempre a tales condiciones. Los autores diseñan un estudio basándose en un grupo focal para ahondar en los argumentos a favor y en contra del uso de la scp en varias situaciones clínicas. Los argumentos a favor de la scp para pacientes con expectativa de vida más larga fueron que la situación clínica global era más relevante que la expectativa de vida per se, así los deseos de los pacientes deberían ser tenidos en cuenta. La scp para pacientes con sufrimiento predominantemente emocional-existencial fue considerado apropiado cuando el médico empatiza con ese sufrimiento. Algunos médicos consideraban la aplicación de scp ante la solicitud de eutanasia; los argumentos estribaban en que la opción de scp era una mejor alternativa y podría confortar a pacientes cuyo sufrimiento lo consideraran insoportable. Algunos médicos consideraban la scp como una práctica con menos carga física y emocional. Las razones para la utilización de la scp en algunos contextos no están aún claras y necesitan un debate más exhaustivo.

Comentario

En primer lugar cabe resaltar que los autores, holandeses, pertenecen al grupo que claramente han manifestado sus argumentos a favor de la Eutanasia, según contemplan los requisitos en las leyes holandesas, que sabido es de su despenalización en 2002.

A través de un estudio cualitativo (grupo focal), con 24 participantes entre médicos de Atención Primaria, médicos de Atención hospitalaria y centros sociosanitarios, plantean tres casos hipotéticos con entrevistas semiestructuradas, que aunque técnicamente es más factible, se pueden haber obviado situaciones que se podrían haber planteado para la indicación de scp en un modelo no estructurado. Los tres casos hipotéticos planteados (en paciente con enfermedad terminal no oncológica) los resumo como sigue:

1. ¿Utilizarías la scp para pacientes con síntomas físicos refractarios y expectativa de vida de pocos días?
2. ¿scp para pacientes con síntomas físicos refractarios y expectativa de vida de tres semanas?. En este supuesto me cuesta conocer el grado de "acierto" que tendríamos en este pronóstico.
3. ¿scp para pacientes con síntomas existenciales y expectativa de vida superior a 6 meses? En este último supuesto los médicos holandeses solapan los conceptos de scp y eutanasia, y aunque te hace reflexionar, creo que no es aplicable a nuestro medio, donde la práctica de eutanasia es ilegal. Asimismo durante la discusión repiten que a raíz de la despenalización de la Eutanasia en Holanda, se asistió a una disminución de esta práctica y a un aumento de la scp, dejando entrever una eutanasia encubierta. Creo que no se debería mezclar los conceptos, pero una vez más la confrontación: Eutanasia-scp, aparece en una revista de alto impacto en Cuidados Paliativos..., algo tendremos que decir los profesionales de los equipos de cuidados paliativos.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 03-08-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Atropina, hioscina y escopolamina tiene la misma eficacia en el tratamiento de los estertores de la agonía.

Wildiers H, Dhaenekint C, Demeulenaere P, et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. J Pain Symptom Manage. 2009; 38: 124-33.

En este estudio se incluyeron a lo largo de cinco años 440 pacientes con estertores de agonía (al menos de nivel 1) de los que 333 (76%) se consideraron evaluables. Los niveles de intensidad de los estertores fueron: 0: no audibles; 1: audibles sólo en contacto con el paciente; 2: audibles junto a la cama del enfermo; 3: audibles desde la puerta de la habitación. Se consideró respuesta que el paciente alcanzara o mantuviera un nivel 0 ó 1 (es decir, la situación que implica un menor impacto). Los pacientes se distribuyeron de manera aleatoria a uno de tres anticolinérgicos administrados por vía subcutánea: atropina (0,5 mg cada 4 horas), butilbromuro de hioscina (20 mg de carga seguidos de 10 mg cada 4 horas) y escopolamina (0,25 mg cada 4 horas). Si a las 12 horas de comenzar el tratamiento los

estertores persistían con una intensidad grado 2 ó 3 estaba indicado doblar la dosis. El seguimiento de la respuesta fue relativamente exhaustivo en las primeras 24 horas, pasado ese tiempo se limitó un único control diario. El consentimiento lo dieron los pacientes en uno de cada cinco casos, los demás fueron dados por sus representantes. El 58% de los pacientes presentaba de inicio un nivel 2 de estertores. La mediana de supervivencia de los pacientes incluidos fue de 24 horas. Al cabo de una hora del inicio del tratamiento se apreció respuesta en el 42% de los casos con atropina o hioscina y en el 37% con escopolamina ($p = 0,72$). A las 24 horas, la proporción de enfermos que alcanzó respuesta fue del 76% con atropina, del 60% con hioscina y del 68% con escopolamina. En conjunto, la eficacia del tratamiento fue menor cuando se comenzaba con estertores severos (niveles 2 y 3) ($p < 0,001$) o cuando se trataban pacientes con afectación tumoral pulmonar, primaria o metastásica (32% vs. 46%; $p = 0,009$). En cuanto a los posibles efectos secundarios, a las 12 horas de tratamiento se apreció un mayor descenso del nivel de conciencia con escopolamina que con los otros dos anticolinérgicos.

Comentario

Un primer dato del estudio que produce cierta perplejidad es que haya podido haber pacientes con estertores que en sus últimas horas de vida hayan sido capaces de dar su consentimiento para ser incluidos en un estudio de distribución aleatoria. Por lo demás, el diseño del trabajo, en el fondo, plantea dos objetivos. Por una parte se estudia el posible valor preventivo de los anticolinérgicos ya que se admiten pacientes con estertores de nivel 1 y se acepta como respuesta el que no progresen en intensidad. Y, por otra parte, se analiza su efecto terapéutico en reducir la intensidad de los estertores severos. En ambos casos parece que los tres anticolinérgicos muestran una eficacia similar, con un probable mayor efecto de reducción del nivel de conciencia de la escopolamina. En todo caso, en el estudio se echa en falta un cuarto brazo terapéutico con placebo para poder hacer no sólo una comparación entre anticolinérgicos sino una estimación real de la eficacia de todos ellos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 17-08-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

La calidad de vida en pacientes en la etapa terminal del EPOC y de cáncer de pulmón.

Habraken JM, ter Riet G, Gore JM, et al. Health-related quality of life in end-stage COPD and lung cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2009; 37: 973-81.

El estudio compara la calidad de vida de 82 enfermos con

EPOC avanzado (estadio GOLD IV, sin el criterio de haber estado ingresados por hipercapnia) y de 19 pacientes con cáncer de pulmón avanzado (estadios IIIB y IV) y sin diagnóstico EPOC de los cuales 15 (79%) se encontraban recibiendo quimioterapia o radioterapia. En ambos casos se incluyeron sólo enfermos con 60 años o más. Se emplearon sistemas de evaluación genéricos (Karnofsky, HADS, SF-36, Groningen activities of daily living restriction scale y MRC dyspnea scale) y específicos (St. George's respiratory questionnaire y EORTC QLQ-C30). En general se apreció en los enfermos con cáncer de pulmón un mejor perfil en cuanto a disnea, actividad física, relación social, salud mental, percepción general de salud y en las actividades de la vida diaria. Para intentar equilibrar mejor las comparaciones se seleccionaron los dos subgrupos de pacientes (19 con EPOC y 14 con cáncer de pulmón) que fallecieron en los 12 meses siguientes. En estos subgrupos se mantuvo la misma tendencia, con un mejor perfil en los enfermos con cáncer de pulmón en cuanto a actividad física, relación social y percepción general de salud. En la segunda parte del estudio, a los resultados de este trabajo se añadieron los de una publicación previa con un diseño asimilable (Thorax 2000; 55: 1000-6) con 50 enfermos con EPOC y otros 50 con cáncer de pulmón y que vino a respaldar los de este estudio. La diferencia se encontraba en que al combinar los dos trabajos se apreciaba una mayor carga de depresión y ansiedad en los enfermos con EPOC.

Comentario

No es fácil diseñar un buen estudio para comparar dos patologías con tantas diferencias. Las etapas terminales son diversas no sólo en el perfil de síntomas sino también en la duración y lo que es la evolución predecible. Y también hay diferencias en el impacto y la actitud del paciente y de su entorno. Esto hace que los datos que en este estudio parecen mostrar una etapa terminal más llevadera en enfermo con cáncer de pulmón sean muy discutibles. En patologías degenerativas, la enfermedad terminal se acepta en los pacientes que tienen una expectativa de supervivencia inferior al año, pero este criterio no se aplica igual en enfermos con cáncer. Además, que el 79% de los enfermos con cáncer de pulmón incluidos en el estudio se encontraran recibiendo tratamiento oncológico activo hace pensar que no son una buena muestra de lo que es un enfermo oncológico terminal. En esta línea, al repasar la historia natural del cáncer de pulmón avanzado se evidencia que es en los últimos meses y, sobre todo, en las últimas semanas cuando los síntomas progresan en intensidad y se multiplican en número. Y, tal vez, si este estudio se hubiese limitado a enfermos con ese pronóstico (y no se hubiesen excluido aquellos con EPOC de base) los resultados hubiesen sido diversos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 18-08-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Estudio cualitativo de las experiencias de los médicos generales y de las enfermeras de Atención Primaria en Inglaterra al explorar las preferencias de los pacientes en situación terminal sobre el lugar de fallecimiento.

Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. BMJ. 2009; 338: b2391.

Se llevó a cabo un estudio sobre las preferencias sobre el lugar de fallecimiento en los pacientes terminales. Los datos se obtuvieron de entrevistas semiestructuradas con 17 médicos generales y 19 enfermeras que se grabaron, se transcribieron y fueron sometidas a análisis cualitativo. Con frecuencia los datos sobre la elección del lugar del fallecimiento por parte del enfermo no son explícitos: los profesionales perciben que no es prudente hablar con los pacientes sobre esta cuestión salvo que la iniciativa la tome el propio enfermo. Por otra parte, no es raro que se considere que es algo que le compete a otro: el médico lo plantea como más propia de la enfermera y los profesionales de Atención Primaria como algo que compete a los Equipos de Cuidados Paliativos. Se apreció que la elección del lugar de fallecimiento la referían como algo poco preciso y cambiante, a veces algo en lo que el paciente ni siquiera había pensado. En general, se acepta que no es posible alcanzar una situación ideal y se aprecia una tendencia a permanecer donde se esté. Aunque una proporción pequeña de pacientes tiene muy claro su deseo de fallecer en el domicilio, es frecuente que ante la progresión de la enfermedad y los problemas clínicos se cambie la intención inicial del domicilio por el hospital, donde se percibe se ve más protegido y más cuidado. En una situación tan imprecisa y cambiante no parece adecuado tener un registro expreso de las preferencias del enfermo, también porque se le puede encorsetar en una idea que puede haber cambiado, y resulta discutible que el que paciente fallezca en el lugar que él desea se tome como un indicador de eficacia de los Cuidados Paliativos.

Comentario

Este estudio cualitativo se ha llevado a cabo en Inglaterra. A pesar de tener una mentalidad diferente a la mediterránea, llama la atención que buena parte de la experiencia que refieren los profesionales de Atención Primaria se podría asimilar a la nuestra. De hecho, también para ellos es un tema complejo, que parece preferible no afrontar directamente. Junto a ello hay que destacar cómo ven que se trata de algo cambiante, que depende del momento y de las circunstancias. De alguna manera se sugiere que el lugar del fallecimiento depende más de la evolución y la complejidad de la enfermedad y del modo en que se presten los cuidados que de la propia voluntad del enfermo.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 26-08-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Revisión sistemática de la literatura sobre las actitudes ante la investigación de los enfermos oncológicos avanzados.

Todd AM, Laird BJ, Boyle D, et al. A systematic review examining the literature on attitudes of patients with advanced cancer toward research. J Pain Symptom Manage. 2009; 37: 1078-85.

Esta revisión sistemática de la literatura analiza las actitudes de los pacientes oncológicos avanzados ante la investigación. Se realizó una búsqueda electrónica (hasta 2007) en CINAHL, Cochrane, Embase y Medline limitada a revistas de lengua inglesa a la que se añadió una búsqueda manual en tres revistas (Palliative Medicine, JPSM y EJPC). Se buscaban estudios que emplearan un método como una entrevista o un cuestionario y que pretendieran mostrar las actitudes de los enfermos de cara a su participación en investigación clínica. Sólo se consideraron válidos 11 (2%) de los 637 artículos que se encontraron; más del 85% de los artículos se excluyeron sencillamente por el título, sin tener que leer el resumen ni el texto completo. Siete de los estudios se realizaron en Unidades de Cuidados (Paliativos) o en Hospices. La mayoría se centraban en las actitudes de los pacientes ante la posibilidad de participar en unos ensayos clínicos hipotéticos. Los motivos encontrados que respaldaban la participación se centraban en: ayudar a los demás pacientes, alcanzar un beneficio para el propio del enfermo (por las expectativas del estudio o por el mero hecho de recibir mejores cuidados al participar en un ensayo) y mantener la esperanza (intentar todo lo que sea posible y evitar que se le trate como un enfermo terminal). Junto a estos aparecían temas más generales como el apoyo a la investigación como algo bueno en sí mismo, la curiosidad y el deseo de conocer los resultados del estudio o la gratitud al personal que lo trata. Entre los argumentos negativos se encontraron el desinterés, el rechazo a los problemas derivados de participar en un ensayo (incomodidad del tratamiento, desplazamientos, ingresos), la percepción de que no se obtendrá beneficio (por el tipo de ensayo o porque en la distribución aleatoria se puede caer en el brazo control) o el riesgo de sufrir un daño inducido por el propio estudio.

Comentario

Esta revisión repasa buena parte de los temas que tienen los pacientes en la cabeza cuando se les plantea la posibilidad de participar en un estudio. En cierta medida, los temas tienen un sustrato virtual ya que buena parte de ellos surgen cuando al paciente se le plantea la posibilidad del estudio como hipotética, no como una cuestión real que tiene que afrontar directamente. En todo caso, las

respuestas parecen válidas y son útiles para saber o, al menos, intuir qué es lo que piensa un enfermo oncológico avanzado cuando se le plantea participar en un ensayo clínico. En todo caso, no hay que olvidar que no todos los pacientes que respondieron se encontraban en situación terminal por lo que los resultados no se pueden extrapolar directamente al ámbito de los Cuidados Paliativos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 26-08-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Estudio nacional retrospectivo en Bélgica sobre la eutanasia y otras decisiones referidas al final de la vida y los cuidados proporcionados en los tres últimos meses de vida.

Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, Van Casteren V, Deliëns L. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. BMJ 2009; 339: b2772.

El estudio se dirige a conocer la relación entre los cuidados recibidos en los tres últimos meses de vida y las decisiones que se toman en relación con el final de la vida en Bélgica, un país donde hay un desarrollo aceptable de los Cuidados Paliativos y donde está permitida la eutanasia. Se llevó a cabo un estudio nacional retrospectivo. Los datos se tomaron de 1731 fallecimientos no repentinos atendidos entre 2005 y 2006 por la Red de Médicos Centinelas y que se registraron en sus informes semanales. Entraron en el análisis 1690 (98%) con datos suficientes; 43% oncológicos y 41% atendidos por Unidades de Cuidados Paliativos. Se apreció que la atención por parte de estas Unidades se asociaba a una actitud de mayor intensidad en el alivio de síntomas (40% vs. 20%; $p < 0,001$), a un mayor número de decisiones de suspensión de tratamiento (20% vs. 14%; $p = 0,003$) y a un mayor empleo de la sedación sin soporte nutricional (6% vs. 2%; $p < 0,001$) y a mayor práctica de eutanasia o suicidio asistido (2% vs. 1%; $p = 0,07$). En todo caso, el estudio multivariante no muestra asociación entre eutanasia y atención por Unidades de Cuidados Paliativos. La demanda de atención espiritual intensa en un paciente se asocia a una mayor probabilidad de que solicite que se le practique la eutanasia o suicidio asistido (4% vs. 1%; $p = 0,005$).

Comentario

Hay un primer criterio que es necesario recordar al valorar este trabajo: que los pacientes que fueron atendidos por Unidades de Cuidados Paliativos y los que no lo fueron forman, probablemente, dos grupos difíciles de comparar. Lo lógico es que se trate de dos grupos con una complejidad diferentes, mayor en los que precisaron el soporte de

equipos multidisciplinares. Esto hace que en la comparación directa entre los dos tipos de pacientes las que cuestiones que se achacen a la atención de estas Unidades sean únicamente un reflejo de la mayor complejidad de sus pacientes. El estudio presenta también problemas en la recogida de datos y en cómo se manejan y se comprenden los términos. En el fondo, hay conceptos que dependen de la apreciación de médicos poco familiarizados con el enfermo terminal puesto que sólo atienden una media de cinco al año. Así entra la duda de qué entienden por administrar medicación dirigida a acortar la supervivencia ya que eutanasia, suicidio asistido y administración de fármacos para inducir la muerte sin el consentimiento del enfermo sólo supone una de cada cuatro actuaciones con la intención explícita de acortar la vida de estos actos. Por lo demás, el estudio sólo refleja asociaciones, no causalidades. Por último, llama la atención la asociación entre la atención espiritual y la solicitud de eutanasia o suicidio asistido. Aunque es una relación lógica, ya que parece traslucir problemas existenciales que se reflejan de las dos maneras, son sólo 12 los pacientes (menos del 1% de la población total) a los que se les practica la eutanasia y con datos sobre la atención espiritual.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-08-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Fentanilo transdérmico en pacientes oncológicos con caquexia.

Heiskanen T, Mätzke S, Haakana S, Gergov M, Vuori E, Kalso E. Transdermal fentanyl in cachectic cancer patients. Pain. 2009;144:218-222.

El Fentanilo es un opioide con una elevada solubilidad en medio lipídico y apto para ser administrado por diferentes vías (transdérmica, endovenosa, espinal y transmucosa). El parche de fentanilo transdérmico se ha convertido en una popular manera de tratar el dolor crónico oncológico y no oncológico. La absorción del fentanilo a partir del parche dependerá de la superficie de éste, de la permeabilidad de la piel y de la vascularización local. El objetivo de este estudio es el de determinar si la absorción de fentanilo a través de la piel en pacientes oncológicos afectados de caquexia es distinto de un grupo de pacientes, asimismo oncológicos, que no presentan caquexia. Se incluyeron en el estudio 10 pacientes con caquexia (edad $62 \pm 2,6$, género 5 varones / 5 mujeres, altura media $172 \pm 3,4$ cm, peso $49 \pm 2,8$ kg, IMC [Kg/m²] $16 \pm 0,4$) y 10 pacientes sin caquexia (edad $64 \pm 1,9$, género 4 varones / 6 mujeres, altura media $166 \pm 3,2$ cm, peso $63 \pm 4,0$ Kg, IMC $23 \pm 0,6$). Se les administró fentanilo transdérmico a la dosis equianalgésica de los tres días previos y se colocó el parche en el brazo del paciente durante tres días. Las concentraciones plasmáticas de fentanilo se midieron a las 4, 24, 48 y 72 horas. Las concentraciones plasmáticas de fentanilo ajustadas a las dosis administradas fueron inferiores, de

manera significativa, a las 48 y 72 horas en los pacientes caquéticos. Asimismo, en este grupo de pacientes se halló una piel del brazo más delgada pero no así el sudor, temperatura y el riego sanguíneo locales.

Comentario

Los resultados hallados por los investigadores van en la línea de la hipótesis clínica de que la absorción de fentanilo por vía transdérmica se halla disminuida en los pacientes afectos de caquexia. El hecho de definir el estado de caquexia cancerosa a partir de únicamente del índice de masa corporal (IMC) parece otorgarle a esta entidad una identidad muy simplista y quizás debieran incluirse pacientes con otros parámetros nutricionales / inflamatorios alterados (albúmina sérica, proteína C reactiva).

La muestra del estudio debe indicarnos, únicamente, que se trata de un trabajo preliminar orientado a determinar errores metodológicos y corregirlos para un trabajo de mayor envergadura y significación clínica.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 31-08-2009
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Rastreo de sufrimiento emocional y depresión en pacientes oncológicos: ¿es el cuestionario ultracorto de depresión una medida válida en el Reino Unido? Estudio prospectivo de validación.

Low J, Gessler S, Williams R, et al. Screening for distress and depression in cancer patients: is ultrashort depression screening a valid measure in the UK? A prospective validation study. J Pain Symptom Manage. 2009; 38: 234-43.

El estudio pretende validar el cuestionario de dos preguntas sobre depresión (two-question depression screen, 2QDS) como instrumento de rastreo de sufrimiento emocional (distrés) y depresión en el Reino Unido. El 2QDS incorpora dos preguntas: ¿en el último mes, se ha sentido desanimado, deprimido o desesperanzado? (desánimo) y ¿en el último mes se ha sentido con menos interés en las cosas que hacía o ha disfrutado menos haciéndolas? (anhedonia). Las dos preguntas se responden de manera dicotómica: sí o no. Para que se considere que un paciente ha resultado positivo es suficiente que responda sí a al menos una de las dos preguntas. Como cuestionarios de referencia de distrés se tomaron el HADS (con un umbral de 15 o más puntos), el GHQ-12 (General Health Questionnaire, con un umbral de al menos 4 puntos), el BSI-18 (Brief Symptom Inventory) y el termómetro de sufrimiento emocional (de 0 a 10, con un umbral mínimo de 5). Como referencia en depresión se emplearon la subescala de depresión del HADS (HADS-D7, con un umbral de 7 puntos

o más) y del BSI (BSI-D). Se incluyeron de manera prospectiva 171 enfermos oncológicos en tratamiento ambulatorio (6% de ellos recibían Cuidados Paliativos). Para el sufrimiento emocional, el 2QDS mostró sensibilidad y especificidad por encima del 70% en todos los cuestionarios (que es el umbral que se considera como válido en el diseño del estudio), con un valor predictivo negativo (VPN) superior al 75% y un valor predictivo positivo (VPP) por encima del 35%. Si se analizaba sólo la pregunta de depresión los resultados son similares pero si se valoraba sólo la pregunta de anhedonia la sensibilidad y la especificidad caían sensiblemente. Para la depresión, el 2QDS alcanzaba una sensibilidad y una superior al 70%, con un VPN superior al 90% y un VPP por encima del 40%. Si se analizaba la pregunta de depresión los resultados se mantenían, pero si se estudiaba únicamente la pregunta de anhedonia se apreciaba una discreta caída de la sensibilidad. Las puntuaciones más bajas en VPP se encontraron al comparar el 2QDS con el BSI.

Comentario

El 2QDS es una herramienta sencilla que permite detectar tanto depresión como sufrimiento emocional en enfermos oncológicos. En todo caso, parece que tiene el perfil es mejor para descartar depresión y distrés (VPN) que para detectarlo con certeza (VPP), algo propio de los instrumentos de rastreo (o screening). Los datos están obtenidos en el Reino Unido y con un grupo de pacientes que no refleja el perfil habitual de los Cuidados Paliativos, aun así los resultados parecen válidos. Como datos añadidos hay que destacar que la pregunta sobre depresión obtiene unos resultados similares al 2QDS (tanto en depresión como en sufrimiento emocional), algo que no alcanza la pregunta sobre anhedonia.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-09-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Elaboración de directrices que identifican a pacientes que se beneficiarían de cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos quirúrgicos.

Bradley CT, Brasel KJ. Developing guidelines that identify patients who would benefit from palliative care services in the surgical intensive care unit. Crit Care Med. 2009;37(3):946-50.

Introducción: La concurrencia en las UCIs quirúrgicas de atención al final de la vida y cuidados quirúrgicos se presenta frecuentemente. El objetivo fue formular directrices para identificar pacientes con necesidad de cuidados paliativos que se encuentren en UCIs quirúrgicas. Método: Se identificó un grupo de 29 expertos de medicina intensiva y cuidados paliativos. Empleando metodología

Delphi, se propusieron 31 directrices que fueron distribuidas por e-mail a todo el grupo. En tres rondas, las directrices fueron votadas para generar un listado definitivo.

Resultados: Trece participantes respondieron a la primera ronda y doce a la segunda. El listado de directrices se redujo de 31 a 23 en la primera ronda. En la segunda ronda se votaron las 23 directrices y, después, se pidió que se hiciera un ranking con las 10 más importantes. En la tercera ronda, la lista final se envió al grupo completo para su verificación.

Las cinco primeras directrices identificadas como "clave" para una consulta de cuidados paliativos en orden descendente fueron: solicitud familiar; futilidad considerada o declarada por el equipo médico; falta de acuerdo familiar con el equipo médico por la existencia de voluntades anticipadas del paciente o por una probable supervivencia superior a 7 días; muerte esperada durante la estancia en UCI quirúrgica; y estancia mayor al mes en UCI quirúrgica.

Conclusiones: Se ofrecen un conjunto de directrices para identificar a pacientes quirúrgicos críticos que podrían beneficiarse de cuidados paliativos. Las directrices son un primer paso para mejorar el acceso a los cuidados paliativos de pacientes quirúrgicos.

Comentario

La derivación a cuidados paliativos sigue siendo un tema que puede generar discusión. Si además, en estos criterios aparece como una directriz importante, en concreto, en segundo lugar, la declaración sobre la posible futilidad de la actividad clínica, el problema puede complicarse aún más. Declarar la futilidad es un proceso complejo, necesita acuerdo entre los profesionales, con los pacientes o con sus familias en caso de imposibilidad y puede crear conflictos éticos al igual que ocurriría con el ensañamiento terapéutico en el otro extremo de la práctica médica.

Fundamentalmente en estos casos donde pueden existir discrepancias, los métodos de consenso, dentro de los que se encuadra el método Delphi, proporcionan formas de combinar la información con el juicio de expertos. De esta forma, los resultados pueden ser relevantes para contribuir a la disminución de la variabilidad y a la mejora de la efectividad de la práctica clínica.

Juan Máximo Molina Linde y Sergio Márquez Peláez
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Sevilla.

Otras revistas

Revisor: Ana De Santiago Ruiz, 03-09-2009
Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Síntomas y problemas en una muestra nacional representativa de pacientes con cáncer avanzado.

Johnse AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. Palliat Med. 2009;23:491-501.

Existe poco conocimiento a cerca de la necesidad de atención paliativa especializada entre los pacientes con cáncer avanzado. El objetivo del presente estudio era identificar la prevalencia de los síntomas y problemas en una muestra nacional representativa de pacientes oncológicos en fase avanzada de Dinamarca. Estos pacientes con cáncer, estadio 3 ó 4, procedentes de 54 departamentos hospitalarios (n=1630) recibieron el cuestionario EORTC QLQ-C30. Las medianas de las puntuaciones fueron calculadas de la manera habitual, añadiendo un ítem: "síntoma/problema" y otro "síntoma severo/problema". El análisis de regresión múltiple fue utilizado para identificar predictores. En total participaron 77 pacientes (60%). Los síntomas/problemas más frecuentes fueron: astenia (57%; severa:22%), seguidos por una pérdida del rol, insomnio y dolor. La edad, el estadio del cáncer, la localización del tumor primario, el tipo de departamento, el estado marital y si el paciente había sido recientemente hospitalizado se asociaron con la presencia de severos síntomas y problemas.

Comentario

Efectivamente existe poco conocimiento actual sobre la necesidad de de la prestación de unos cuidados paliativos (CP) específicos. ¿Son los CP especializados la punta del iceberg? ¿Cuántos pacientes más, se beneficiarían de esos CP específicos?. Para intentar dar respuesta a estas cuestiones, se diseña este estudio transversal, con una muestra nacional representativa de Dinamarca. Para ello se utilizó el cuestionario EORTC-QLQ-C30, con el objeto de medir los síntomas y problemas de pacientes con cáncer avanzado e intentar identificar los predictores que orientan sobre quiénes pueden ser más subsidiarios.

En cuanto a las limitaciones del estudio caben reseñar:

1. No se reflejan los datos sobre el tratamiento que recibían los pacientes, y estamos hablando de control sintomático.
 2. Dentro de los criterios de inclusión se excluyen aquellos enfermos con mayor comorbilidad, por lo cual habría que pensar que los resultados aportados están infravalorados.
- Así pues, aunque la conclusión final es esperable: "... gran nº de pacientes con cáncer avanzado padecen síntomas-problemas que se beneficiarían de un mayor acceso a CP específicos..." este artículo es de interés, pues probablemente es el primer estudio que se realiza con una muestra representativa nacional, y los apartados material y métodos así como resultados nos pueden ayudar a planificar estudios de estas características en nuestra población.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 09-09-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Atención médica al final de la vida en Bélgica bajo la ley de eutanasia.

Bilsen J, Cohen J, Chambaere K, et al. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. N Engl J Med. 2009; 361:1119-21.

La ley de la eutanasia se aprobó en Bélgica en 2002. Los autores presentan los datos de una encuesta entre médicos que firmaron certificados de defunción en 2007. Los datos se comparan con dos encuestas similares que se llevaron a cabo en 1998 y 2002. La muestra, limitada a la parte flamenca del país, es amplia ya que se remitieron a los médicos que atendieron 6202 fallecimientos pero la proporción de respuestas se limitó al 58% (estos porcentajes fueron del 48% en 1998 y del 59% en 2002). La proporción referida de eutanasia (o suicidio asistido) fue del 1,2% en 1998, del 0,3% en 2002 y del 2,0% en 2007. El perfil del enfermo que solicitaba la eutanasia era el del paciente oncológico, relativamente joven y atendido en el domicilio. Los porcentajes de fallecimientos provocados sin solicitud del paciente fueron del 3,2% en 1998, del 1,5% en 2002 y del 1,8% en 2007. El perfil del paciente al que se le provocaba la muerte era el de un enfermo anciano, no competente, con un cáncer o un problema cardiovascular e ingresado en el hospital. Asimismo, se apreció un aumento de los tratamientos más intensivos en el control de síntomas (que de un 18% de enfermos en 1998 alcanzaba un 27% en 2007) y en el empleo de la sedación (del 8% en 2002 al 14% en 2007).

Comentario

Estos resultados son una estimación ya que se limitan a un 50-60% de los casos (tal vez sesgada por los más comprometidos con el tema en uno u otro sentido) dentro de una muestra también limitada. Por eso, variaciones en torno al 1% respecto a la media de los tres años que se incluyen no parecen demasiado valorables y parecen hablar más de estabilización o de pocos cambios que de diferencias relevantes. Además, en el estudio no se hace mención expresa del papel de los Cuidados Paliativos (que se analizan con más detalle en BMJ 2009; 339: b2772). Por eso, estos datos se pueden ver como una impresión de lo que sucede cuando se aprueba una ley que legaliza la eutanasia en un país con desarrollo de los Cuidados Paliativos. Y lo que parece suceder es que aprobar esta ley tiene muy poquito impacto en la práctica porque casi se puede decir que sigue sucediendo lo que ya sucedía. No es sólo que la eutanasia no aumente de manera sensible sino que la ley no parece que ayude a que los fallecimientos provocados sin una solicitud expresa del enfermo se reduzcan.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-09-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Revisión sistemática de la literatura y revisión retrospectiva de historias clínicas sobre catéteres permanentes en el tratamiento de la ascitis maligna refractaria.

Fleming ND, Alvarez-Secord A, Von Gruenigen V, Miller MJ, Abernethy AP. Indwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: a systematic literature overview and retrospective chart review. J Pain Symptom Manage. 2009; 38: 341-9.

Los autores realizan dos estudios sobre los catéteres permanentes para el drenaje de la ascitis maligna. Por una parte llevan a cabo una revisión sistemática de estudios (limitada a Medline) y por otra presentan de manera retrospectiva la experiencia de dos Hospitales. En la revisión sistemática encontraron 5 estudios retrospectivos con un total de 221 pacientes; la mediana fueron 10 casos en cada estudio (límites: 1-40). El promedio fue de 6% (límites: 3% a 34%) de casos de peritonitis, más frecuente en catéteres no tunelizados (4% vs. 21%; $p < 0,001$). En los pocos estudios que la refieren, parece que la mediana de supervivencia desde la colocación del catéter fue inferior a dos meses. De su experiencia añaden 19 casos, 14 (74%) de ellos tumores ginecológicos. A 11 pacientes se les habían practicado paracentesis paliativas previas antes de colocar el catéter permanente. Se colocaron 16 catéteres tipo French pigtail, dos port-A-Cath y un Tenckoff; en la mayoría se mantuvo un drenaje continuo. En la mayor parte se empleó ecografía para la colocación del catéter. Fueron tunelizados 4 de los catéteres (21%). La mediana de volumen diario extraído fue de 400 cc (límites: 50-6300). Se obstruyeron 7 (37%) catéteres y en 2 (11%) aparecieron pérdidas. En seis casos (32%) se administraron antibióticos de manera preventiva; aun así, dos catéteres (11%) se infectaron (peritonitis), uno tunelizado y otro no tunelizado. La mediana de supervivencia desde la colocación del catéter fue de 36 días (4: 4-660). En seis (75%) de los ocho enfermos que sobrevivieron más de un mes fue preciso retirar el catéter por presentar obstrucción o infección.

Comentario

El estudio repasa una cuestión con la que no solemos estar familiarizados: los catéteres permanentes para el drenaje paliativo de la ascitis maligna. Hay varios datos que se pueden entresacar: es una técnica eficaz pero poco frecuente y que tiene una proporción de complicaciones, algunas de ellas graves, como la peritonitis que aparece en cerca del 10% de los casos, si bien el riesgo parece algo menor en catéteres tunelizados. Y todo ello referido a pacientes que en su mayoría no sobreviven más de uno o dos meses. Así que es lógico que surjan cuestiones. Una es si en estos pacientes no sería mejor mantener la práctica habitual (paracentesis paliativas repetidas), o, visto de otro modo, ¿cuál es el perfil de los pacientes que más se beneficiarían de estos catéteres permanentes? Otra cuestión iría referida al impacto de esta técnica en beneficio clínico percibido y en calidad de vida (por sí misma y en

comparación con otras técnicas). Pero estas preguntas sólo se pueden resolver con estudios clínicos específicos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 23-09-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Determinantes de la intensidad de los tratamientos el final de la vida entre los que fallecen por cáncer en Taiwán, de 2001 a 2006.

Tang ST, Wu SC, Hung YN, Chen JS, Huang EW, Liu TW. Determinants of aggressive end-of-life care for Taiwanese cancer decedents, 2001 to 2006. J Clin Oncol. 2009;27:4613-8.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de la intensidad (o agresividad en la traducción literal) de la atención clínica en el último mes de vida en las 210976 muertes por cáncer registradas en Taiwán de 2001 a 2006. Esta intensidad de los tratamientos se valoró de acuerdo con una escala de seis variables que da un punto a cada una de ellas: administración de quimioterapia, acudir más de una vez a Urgencias, más de un ingreso, más de dos semanas de ingreso hospitalario, ingreso en la UVI y fallecimiento en el Hospital. El 86% de los pacientes presentaban al menos un criterio de tratamiento más intensivo, sobre todo fallecimiento en el Hospital o ingreso de duración superior a 14 días. La puntuación media de la intensidad de la atención ascendió de 1,96 (DE: 1,26) en 2001 a 2,10 (DE: 1,26) en 2006; lo que supone un aumento anual de algo más de un 1% en la puntuación de agresividad. El perfil del paciente que recibe unos cuidados más intensivos es el de un varón joven, soltero y con alguna otra patología asociada. También reciben una atención más intensa los que presentan tumores hematológicos o tumores sólidos con una evolución más rápida: más agresivos y de peor pronóstico (pulmón, páncreas, hígado) y con diseminación metastásica. La atención por parte de un oncólogo y en un Hospital de tercer nivel se asocia también a unos cuidados más intensos o agresivos. En los pacientes que reúnen todas estas características la agresividad de los cuidados puede llegar a ser hasta dos puntos superior al resto.

Comentario

La metodología del estudio, sobre todo el sistema de puntuación, es susceptible de críticas. Cualquier escala que da una puntuación numérica a un hecho se presta a equívocos, más aún cuando se realizan análisis numéricos con medias y desviaciones estándar. Además, puntuar igual a administrar quimioterapia, a ingresar en la UVI o a acudir una vez más a Urgencias es muy discutible. En todo caso, los datos se han obtenido de un registro de enfermos muy numeroso y sí que se pueden considerar orientativos (para mostrar tendencias. Así, llama la atención comprobar cómo los pacientes con menos alternativas

(tumores agresivos y poco sensibles) reciben más cuidados en el último mes de vida. En todo caso, estos cuidados no se deben sólo al tratamiento del propio cáncer sino también a los problemas que el propio cáncer produce o a la demanda de cuidados basales del propio enfermo (como sucede en el que ya tiene otra patología de base). Y esto es algo que hay que tener en cuenta para comprender mejor los resultados.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 23-09-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Encuesta nacional sobre las prescripciones fuera de indicación en Hospices italianos.

Toscani F, Di Giulio P, Campi R, Pellerin I, De Luca A, Casale G. Off-label prescriptions in Italian Hospices: a National survey. J Pain Symptom Manage. 2009; 38: 365-71.

Las prescripciones fuera de indicación oficial (off-label) son frecuentes en Medicina Paliativa. Para cuantificar esta situación, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte que incluyó 53 (80%) de las 66 Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias de Italia. Como referencia de las indicaciones aprobadas oficialmente se emplearon las aprobaciones para la comercialización de los productos farmacéuticos. Como referencia clínica se tomaron el Formulario Farmacéutico Italiano y el British Palliative Care Formulary. Sólo 15 (28%) de estas Unidades habían desarrollado criterios para el empleo de este tipo de fármacos, generalmente obtener un consentimiento informado de pacientes o familiares antes de emplearlos. Se obtuvieron datos de 507 de los 535 pacientes ingresados; el 97% eran enfermos oncológicos. 159 (5%) de las 3555 prescripciones farmacológicas registradas se realizaron fuera de indicación, de acuerdo con la ficha técnica del medicamento. Esto afectaba a uno de cada cuatro enfermos. Cerca del 30% de los enfermos recibieron fármacos por vía subcutánea sin estar aprobados para esa vía. Esto supone 85% de las prescripciones por vía subcutánea ya que los dos únicos fármacos con indicación de empleo subcutáneo que recibieron estos pacientes fueron insulina y heparina. De promedio se administraba a cada enfermo 2 fármacos (límites 1 a 6) por vía subcutánea sin estar aprobados para esta vía. En las mezclas en una misma jeringa el promedio era el de incluir 3 fármacos (límites 2 a 5). Los dos fármacos que con más frecuencia se empleaban con una indicación y por una vía diferentes de las aprobadas fueron hioscina y dexametasona.

Comentario

Este estudio analiza una realidad a la que no solemos darle demasiada importancia, aunque sí que tiene cierta relevancia clínica e incluso médico-legal. Aunque no hay

estudios que nos den datos fiables de cuál es la situación en España no parece muy aventurado pensar que puede ser bastante parecida a la que se describe en Italia. A una proporción importante de pacientes (al menos uno de cada tres o de cada cuatro) se le administran fármacos fuera de la indicación o por una vía diferente de la aprobada, es decir, esto es algo que llevamos a cabo prácticamente a diario. Con frecuencia, la experiencia (y en muchos casos la evidencia) han demostrado la eficacia de esta práctica. Y raramente se encuentran alternativas razonables para alcanzar los mismos resultados limitando la práctica clínica a las indicaciones oficiales. Pero ello no ha llevado aún a que exista un respaldo legal o administrativo suficiente para esta práctica, lo que más de uno percibe como inseguridad en la práctica clínica habitual.

Palliative Medicine

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 25-09-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Reflexiones críticas sobre el crecimiento de la investigación cualitativa.

Pope C, Mays N. Critical reflections on the rise of qualitative research. BMJ. 2009; 339: b3425.

Los autores hacen un análisis crítico sobre el modo en que se lleva a cabo la investigación cualitativa en Medicina. Para exponer su experiencia y sus puntos de vista presentan un diálogo virtual entre el director de una revista médica y un sociólogo experto en investigación cualitativa que ya habían conversado sobre este tema hace más de quince años. El director de la revista se muestra entusiasmado, casi con la emoción del converso, con la implantación y los avances que ha mostrado este tipo de investigación en los últimos años. El sociólogo, al contrario, se muestra crítico y hace un análisis tanto de los problemas que van apareciendo como de las alternativas que se ofrecen. En resumen se podría decir que el director de la revista presenta como datos más positivos: el reconocimiento de los datos cualitativos como complemento a la información cuantitativa, la difusión e implantación de la metodología cualitativa como una sistemática respetada y la disponibilidad de programas informáticos que ayudan en el análisis de textos. El sociólogo, sin embargo, presenta su propia visión: demasiada gente se ve con condiciones para realizar investigación cualitativa; se presentan datos descriptivos pero no siempre se buscan las causas subyacentes, sobre todo si se les da demasiado valor a los datos de los programas informáticos; se tiende a dar resultados más deductivos que inductivos; los trabajos con metodología mixta que no terminan de integrar investigación cualitativa y cuantitativa y, por último, aparecen demasiados estudios con entrevistas breves y poco profundas y realizadas a gente que sabe dar respuestas demasiado vacías. Por ello plantea la necesidad de ahondar en una investigación etnográfica, es decir, que observe a las personas en su medio sin alterarlo, a pesar de los problemas éticos de este tipo de estudios o la

síntesis cualitativa que integre los resultados de varios estudios.

Comentario

El artículo es breve, se lee rápidamente y es ameno y original. Pienso que debería ser una lectura casi obligada para todos aquellos que han empezado a hacer o al menos a plantearse la investigación cualitativa. Cuando se pretende realizar un estudio y se plantea cómo hacerlo, es conveniente tener conocimiento de algunas de las limitaciones prácticas de esta metodología para recordar que no siempre es oro todo lo que reluce.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 25-09-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Ensayo clínico controlado doble ciego y con distribución aleatoria de nortriptilina y gabapentina, solas o en combinación, en el dolor neuropático.

Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. Lancet. 2009; 374: 1252-61.

Los fármacos que se emplean en el tratamiento del dolor neuropático suelen alcanzar un alivio del dolor limitado. Este trabajo plantea si asociar dos de estos medicamentos puede conseguir mejorar los resultados. Se trata de un estudio con distribución aleatoria, doble ciego y con enmascaramiento de los fármacos que compara nortriptilina (dosis inicial 30 mg/d, dosis máxima 100 mg/d), gabapentina (dosis inicial 800 mg/d, dosis máxima 3600 mg/d) o la asociación de los dos fármacos. Cada paciente recibió de manera sucesiva los tres tratamientos en periodos de 5 semanas de tratamiento con una semana intermedia de lavado. Se incluyeron 56 pacientes con dolor neuropático: 40 por neuropatía diabética y 16 postherpético. 15 (27%) enfermos habían recibido gabapentina o pregabalina y 18 (34%) nortriptilina antes de entrar en el estudio. Se permitió que durante el ensayo se mantuvieran los tratamientos con opioides, AINEs o paracetamol. Se permitió aumentar las dosis de los fármacos hasta el día 24 de cada fase. Se hizo un seguimiento diario de la intensidad del dolor. 45 enfermos (80%) completaron las tres fases del estudio. El promedio del dolor al inicio del estudio (escala numérica 0 a 10) era de 5,4 (IC 95%: 5,0 a 5,8). La combinación de los fármacos alcanzó un promedio de reducción del dolor mayor que la gabapentina (2,3 vs. 3,2; diferencia 0,9; IC 95%; 0,3 a 1,4; p = 0,001) y que la nortriptilina (2,3 vs. 2,9; diferencia 0,6; IC 95%; 0,1 a 1,1; p = 0,02). También se apreció una mejoría

en la calidad del sueño y en la capacidad de disfrutar (evaluadas en el BPI). Las diferencias en el efecto de los tres brazos fue más evidente en la primera fase del tratamiento; tras los dos cruces sucesivos las curvas tendieron a solaparse. Las dosis medias diarias máximas de gabapentina fueron de 2433 mg como fármaco único y 2180 mg en combinación. Para la nortriptilina fueron 62 mg y 50 mg, respectivamente. Se encontró una diferencia en la incidencia de xerostomía con nortriptilina superior al 30% ($p < 0,001$). Los demás efectos secundarios fueron leves y mostraron cierta tendencia a la tolerancia a lo largo del tratamiento.

Comentario

Los datos de este estudio de alguna manera respaldan la práctica empírica de asociar varios coadyuvantes en el tratamiento del dolor neuropático. Aunque el perfil de la neuropatía diabética o del dolor postherpético no siempre coincide con el del dolor con componente neuropático del cáncer avanzado probablemente los datos se puedan extrapolar con poco riesgo. Por lo demás, más allá de las cuestiones relativas al diseño (como los días que el enfermo pasa sin analgesia antes de ser cruzado a otro tratamiento y que repercuten en un aumento del dolor) llama la atención que igual que en la primera asignación las diferencias en la analgesia son claras, cuando se analizan los resultados tras el último cruce los tres brazos obtienen resultados similares, lo que hace pensar en un efecto del tiempo o de los propios cambios de tratamiento.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-10-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Evolución clínica de la demencia avanzada.

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009; 361: 1529-38.

Para poder definir cuál es la historia natural, la evolución clínica, de los pacientes con demencia avanzada los autores hicieron un seguimiento a lo largo de 18 meses de 323 pacientes con demencia ingresados en residencias asistidas (nursing home) y también de sus cuidadores. La media de edad era de 85 años y el 85% eran mujeres. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de demencia era de 6 años. En el 72% el origen de la demencia era el Alzheimer. El promedio de puntuación en el Bedford Alzheimer's Nursing Severity Subscale, que admite puntuaciones entre 7 y 28, era 21. El 78% presentaban un déficit cognitivo mayor. Casi uno de cada cuatro pacientes fue trasladado a un Hospice, la mayor parte en el último mes de vida. Los problemas más frecuentes fueron disnea (al menos 5 días al mes) en el 46% y dolor (al menos 5 días al mes) en el 39%, seguidos de úlceras de decúbito

(39%), agitación (54%) y broncoaspirado (41%). Los problemas se hicieron más frecuentes cuanto más se acercaba el fallecimiento. Uno de cada cuatro enfermos en seguimiento falleció en los seis primeros meses y otro de cada cuatro en los doce meses siguientes. En ese tiempo el 41% presentó al menos un episodio de neumonía, el 53% un episodio de fiebre y el 86% algún problema en la ingesta de alimentos. La presencia de neumonía se asoció a una probabilidad de fallecimiento a seis meses del 47%, que era del 45% en el caso de un episodio de fiebre y del 39% con los problemas con la ingesta. En los últimos 18 meses de vida, el 17% de los residentes precisó ingreso hospitalario, el 34% tratamiento parenteral, el 10% fue remitido a Urgencias y el 8% alimentación por sonda. Otros acontecimientos de estos 18 meses fueron: crisis comiciales (5%), sangrado intestinal (3%), ictus (1%), fractura de cadera (1%) y otros tipos de fracturas (1%). En los últimos dos meses de vida uno de cada tres enfermos padece una neumonía y nueve de cada diez tienen problemas de ingesta. En los últimos tres meses de vida, el 41% de los enfermos atendidos en residencias sufrió algún tipo de técnica terapéutica compleja: hospitalización (12%), tratamiento parenteral (29%) o alimentación por sonda (7%). La probabilidad de que a un paciente se le practicara alguna de estas medidas activas se reducía a un tercio si los familiares conocen que el pronóstico es inferior a seis meses o si comprendían las posibles complicaciones del proceso.

Comentario

Llama la atención que el NEJM publique un estudio no intervencionista con algo más de 300 pacientes con demencia. De alguna manera, lo que se percibe es que aún no tenemos un conocimiento suficiente de lo que es la historia natural de la demencia avanzada: pronóstico, complicaciones. Estos trabajos aportan datos para empezar a intuir cuáles son los datos pronósticos más relevantes. En este estudio señalan la neumonía y la fiebre como factores importantes. Sin embargo, parece que el dato más relevante para considerar que un enfermo con demencia ha entrado en una situación categóricamente diferente, en la que ya empiezan las complicaciones, son los problemas de dificultad en la ingesta.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 26-10-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Naloxona intravenosa y buprenorfina transdérmica en el dolor oncológico asociado a prurito por colestasis refractario.

Marinangeli F, Guetti C, Angeletti C, et al. Intravenous naloxone plus transdermal buprenorphine in cancer pain associated with intractable cholestatic pruritus. J Pain Symptom Manage 2009; 38: e5-e8.

Los autores presentan la evolución de una mujer de 65 años con cáncer de colon avanzado y metástasis hepáticas. Dentro de su deterioro, los problemas más importantes eran el dolor y el prurito secundario a colestasis. En la analgesia se escaló desde un segundo escalón a oxiconona y finalmente se controló con buprenorfina transdérmica (35 mcg/h) y 2 a 3 rescates de buprenorfina sublingual de 0,2 mg. El prurito se mostró resistente a corticoides, antihistamínicos, colestiramina y omeprazol. Solamente cedió al incluir en el tratamiento naloxona intravenosa en infusión continua (1,2 mg/Kg/h) con la que en menos de dos horas desapareció prurito sin modificar el efecto analgésico de buprenorfina, un resultado que los familiares de la enferma describían como milagroso. Esta situación se mantuvo a lo largo de los 17 días de supervivencia de la enferma. En una ocasión se intentó aumentar la dosis de naloxona a 2,4 mg/Kg/h pero fue preciso volver al cabo de unas horas a la dosis previa por aumento del dolor.

Comentario

El caso hay que verlo como lo que es: un caso con buena evolución. Pero es un buen motivo para recordar el tratamiento paliativo del prurito y el papel de las dosis bajas de antagonistas opioides en el tratamiento de algunos efectos secundarios de la analgesia opioide. En el trabajo se recuerda el modelo fisiopatológico del prurito inducido por colestasis: aumento del tono opioidérgico central dentro de la hiperactividad del sistema serotoninérgico. En este caso, la buprenorfina, un agonista parcial, puede ser útil por reducir el tono opioidérgico. Además puede tener un mejor perfil en la combinación con naloxona ya que puede ser algo más resistente a su efecto antagonista. En relación con la naloxona, el texto recuerda el camino que se abre con el manejo de dosis bajas de antagonistas opioides para tratar efectos secundarios como el estreñimiento y el prurito ya que cada vez son más los casos descritos que sugieren que hasta cierto nivel de dosis los antagonistas pueden reducir estos efectos sin modificar sensiblemente la analgesia.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 28-10-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Barreras en la planificación de los cuidados avanzados en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Gott M, Gardiner C, Small N, Payne S, Seamark D, Barnes S et al. Barriers to advance care planning in chronic obstructive pulmonary disease. Palliat Med. 2009;23:642-648.

La Estrategia inglesa de Cuidados al Final de la Vida se compromete a que todos los pacientes con enfermedad

limitante al final de la vida, tengan la oportunidad de participar en el Plan de Cuidados Avanzados (PCA). Para los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), las barreras detectadas en la práctica, no han sido suficientemente exploradas.

Cinco grupos focales fueron establecidos, con un total de 39 profesionales de la salud implicados en la atención de pacientes con EPOC e identificaron las siguientes barreras:

1. Información inadecuada sobre la evolución de los pacientes con EPOC y el diagnóstico.
2. Falta de consenso sobre quién debería iniciar el PCA y en qué medio.
3. Problemas existentes al comparar enfermos con EPOC y aquellos con cáncer de pulmón.
4. Conflictos en cuanto a la discusión del PCA con los objetivos del abordaje de una enfermedad crónica.
5. Desconocimiento del significado "Final de la vida" en el contexto de EPOC.

Los hallazgos de este estudio indican que para pacientes con EPOC, la mejora de los servicios implicados es necesaria antes de abordar estrategias de cuidados al final de la vida, intentando hacer participe al paciente en el proceso de la toma de decisiones.

Se concluye sobre la necesidad prioritaria de formación para todos los profesionales que atienden enfermos con EPOC en aspectos relacionados con cuidados al final de la vida.

Es fundamental integrar el manejo de la enfermedad crónica y el PCA, así como desarrollar definiciones que se ajusten a los cuidados al final de la vida, con los conceptos de "paliación continua".

Comentario

El estudio cualitativo (grupo focal de discusión) que se presenta, intenta hacernos reflexionar sobre las barreras que nos encontramos cuando atendemos a enfermos con EPOC al final de la vida, que podría resumirse en dos preguntas: ¿Cómo informar a un paciente que se encuentra en el proceso final de la vida, si todavía no hay consenso sobre este aspecto?, ¿no estaremos enviando mensajes contradictorios, en cuanto a la prevención de la enfermedad crónica (no fumar, etc.) y a primar la calidad de vida en esta fase final?

En relación a la validez interna de este trabajo de investigación cualitativa, es impecable su diseño, metodología así como el estudio analítico, con la reseña de citación adecuada.

El estudio está en sintonía con la mayoría de las publicaciones con diseño cuantitativo, pero está claro que el fundamento y el contexto del estudio responden mejor a la metodología cualitativa.

Y como siempre, y acertadamente, se concluye que hemos de seguir trabajando para poder integrar nuestro abordaje paliativo en aquellas enfermedades crónicas que, si caben, son más complejas que el cáncer avanzado; pero claro, para ello debemos formarnos aún más y consensuar todavía mucho más.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 31-10-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz
