

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



4ª Entrega. Octubre 2000.

INDICE

Articulo	Pag.
Sedación para el delirium y otros síntomas en enfermos terminales en Edmonton.	1
La realidad de los Cuidados Paliativos en España.	2
Estudio Multicéntrico Internacional sobre Sedación para síntomas incontrolados de pacientes terminales.	2
Estudio Multicéntrico Internacional sobre Sedación para síntomas incontrolados de pacientes terminales.	3
Decir o no decir: Patrones de revelación del diagnóstico entre varones con cáncer de próstata.	3
Intensificar la administración de los ensayos clínicos en cáncer: recomendaciones desde un estudio cualitativo realizado con las experiencias de los participantes en los ensayos.	4
El empleo de opioides en la última semana de vida y sus implicaciones en las decisiones sobre el final de la vida.	4
Estudio comparativo sobre el dolor y su tratamiento pacientes con fractura de cadera con demencia y con función cognitiva conservada.	5
Las dificultades para diagnosticar complicaciones neuropsiquiátricas por corticoides en enfermos con cáncer avanzado. Presentación de dos casos.	5
Estudio prospectivo sobre incidencia, etiología y evolución del delirio en pacientes con cáncer avanzado.	6
Frecuencia y correlaciones de la disnea en pacientes con cáncer avanzado.	6
Intervención de cuidados paliativos y fallecimiento en el domicilio: estudio aleatorizado por grupos.	7

Sedación para el delirium y otros síntomas en enfermos terminales en Edmonton.

Faisinger RF, De-Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. Journal of Palliative Care 16:2/2000; 5-10

El objetivo de este estudio fue valorar la prevalencia de síntomas difíciles que requirieron sedación en el final de la vida en la región de Edmonton. Se recogieron datos de 50 pacientes consecutivos atendidos en tres niveles asistenciales: a) Unidad de Cuidados Paliativos de un centro terciario; b) Programa de consulta en Cuidados Paliativos del Hospital Royal Alberta (centro de agudos); c) tres unidades sociosanitarias de enfermos ingresados (hospice). Los pacientes de la unidad del centro terciario fueron significativamente más jóvenes y presentaron situaciones físicas y psicosociales más problemáticas. Dichos pacientes presentaron más dolores difíciles y requirieron dosis diarias de opioides más altas. El 80% de los pacientes desarrollaron delirium previamente a la muerte en los tres niveles asistenciales. El tratamiento farmacológico del delirium se definió como la medicación indicada para reducir los síntomas del delirium (alucinaciones, agitación, etc.). La sedación se definió como la medicación prescrita de forma deliberada para reducir el nivel de consciencia. Fue necesario un tratamiento farmacológico del delirium en el 40% de los enfermos que presentaron esta sintomatología en el centro de agudos y en el 80% en el centro terciario. La necesidad de sedación media fue del 7%, oscilando entre el 4% de los enfermos en el hospice y el 10% en la unidad terciaria. De los 150 pacientes, 9 necesitaron sedación por delirium y 1 por disnea. La prevalencia de sedación ya sea por delirium u otros síntomas en nuestra área es relativamente baja comparadas con otras referencias bibliográficas. La variabilidad demográfica en los tres niveles asistenciales en Edmonton pone de relieve la necesidad de prudencia en el momento de comparar los resultados de diferentes equipos de cuidados paliativos. Es posible que algunas de las variaciones en la prevalencia del uso de sedación en diferentes grupos internacionales sean debidas a diferencias culturales. El infrecuente uso de una sedación deliberada en Edmonton sugiere que la mejoría en el tratamiento de estos enfermos ha conducido a menos situaciones de síntomas intolerables.

Comentario

El análisis de prevalencia de uso de sedación es habitualmente difícil desde el punto de vista semántico y ético. Sedar significa calmar o apaciguar un síntoma. Sin embargo en el uso habitual del vocabulario médico se ha concretado el término de sedación como la acción de inducir el sueño o una disminución del nivel de consciencia. La dimensión ética de la sedación depende en gran medida del objetivo final de ésta. La definición de la situación terapéutica que finalmente se tipifica como sedación terminal puede ser diferente en función de su interpretación semántica y ética. En Cuidados Paliativos y valorando la situación agónica,

podríamos establecer dos preguntas: a) ¿Cuántos enfermos fallecen con una disminución de consciencia secundaria a los efectos secundarios de los fármacos utilizados para el control de sus síntomas que no estaban prescritos deliberadamente para la anulación de la consciencia?, b) ¿Cuántos enfermos fallecen con una disminución de consciencia provocada por fármacos que deliberadamente pretenden anular la consciencia, frente a situaciones sintomáticas intolerables y refractarias al tratamiento habitual?. De hecho algunos estudios registran la prevalencia de sedación respondiendo a las dos situaciones. Otros estudios en cambio, como el caso del que estamos comentando, responden sólo a la segunda situación. Como es lógico el valor de prevalencia de uso de sedación en un caso y en otro es diferente.

La conclusión de este trabajo es que la prevalencia de uso de sedación en el área de estudio es baja, que ha disminuido en relación con un registro previo de 1991 (7% frente a 16%) y que la indicación fundamental es el delirium (90%). Esta disminución del uso de sedación se atribuye a un mejor diagnóstico y tratamiento del delirium y de los otros síntomas.

Un punto interesante comentado en el estudio es la diferencia frente a otros estudios del resto del mundo. Se analiza en forma de hipótesis que la prevalencia más alta de sedación en países latinos puede deberse a diferencias culturales. El menor índice de información incompleta y de conspiración de silencio, el aprecio a mantener la claridad mental y la participación en las decisiones, una concepción cultural diferente de la muerte, así como una participación de la familia también diferenciada en este contexto, puede conducir a una mejor adaptación del enfermo en etapas finales de su vida en los países anglosajones frente a los latinos. Consecuentemente diferencias en el impacto emocional en el enfermo y su familia puede también reducir la necesidad de sedación.

En este estudio llama la atención el escaso uso de sedación para otras indicaciones diferentes al delirium. La pregunta sería si en otros estudios frente a varios síntomas más delirium se ha registrado como indicación de sedación los otros síntomas. Pongamos un caso a modo de ejemplo. Un enfermo en situación agónica con disnea de reposo, ansiedad severa y delirium que no se controla con los tratamientos habituales y que se percibe como una vivencia intolerable para el enfermo. Una hipotética indicación de sedación se podría registrar de forma diferente en función del equipo que lo estudia (por disnea, por ansiedad o por delirium).

Otro punto que llama la atención de este estudio es que a pesar de la argumentación de una mejora en el tratamiento del delirium y de los otros síntomas que conduce a una reducción en la indicación de sedación, la prevalencia de delirium durante el ingreso es alta y no ha disminuido (80%). Esto hace intuir que el tratamiento en etapas finales de la vida ha mejorado pero que es difícil todavía modificar los factores precipitantes del deterioro cognitivo.

Por todo esto y coincidiendo con la opinión del autor del artículo, creo que se han valorar con prudencia las diferencias entre registros. En el futuro sería interesante plantear estudios que valoren aspectos socioculturales en relación con la sedación. También y es una empresa todavía más compleja, la valoración probablemente con metodología cualitativa, del deseo de sedación por parte del enfermo y su familia en el contexto de diferentes culturas con valores sobre el fenómeno de la muerte también diferentes.

Journal of Palliative Care

Revisor: Albert Tuca i Rodríguez, 01-10-2000
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

La realidad de los Cuidados Paliativos en España.

Centeno C, Arnillas P, Hernansanz S, Flores LA, Gómez M, López-Lara F. The Reality Of Palliative Care In Spain. Palliative Medicine 2000; 14: 387-394

Con el patrocinio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en 1996 y 1998 se han llevado a cabo dos estudios nacionales sobre la situación de los equipos de cuidados paliativos en España. El informe que contiene este artículo supone el primer análisis global de la situación de los cuidados paliativos en España y está basado en estos estudios.

Se identificaron 143 programas y se obtuvieron datos de 128 equipos (89%): 53 eran programas para pacientes hospitalizados, 75 para enfermos en domicilio y 15 fueron programas mixtos. A partir de los datos de actividad, recibidos del 75% de los equipos, se estima que cada año se atienden 22.638 pacientes terminales distintos con cuidados paliativos. El 79,6% de ellos, 18.021 enfermos, son pacientes oncológicos en fase terminal. Al 21,16% de los pacientes que fallecen por cáncer en nuestro país se les atiende con cuidados paliativos en las últimas semanas de vida.

Han pasado más de diez años desde que comenzaron a trabajar los primeros equipos en España. Ya es tiempo de reconocer la realidad de los cuidados paliativos en nuestro medio con la adopción de una política nacional para enfermos terminales, como la OMS viene recomendando desde 1989.

Comentario

Se ha difundido ya el Directorio 2000 de Cuidados Paliativos en España, tercer estudio de este tipo. Sus datos (206 programas en enero del 2000) son posteriores a los que ahora se publican. Un nuevo análisis actualizado sobre la situación de los CP en España está ya en preparación.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 02-10-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Estudio Multicéntrico Internacional sobre

Sedación para síntomas incontrolados de pacientes terminales.

Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M, Núñez-Olarte JM, deMoissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. Palliative Medicine 2000; 14:257-265

El control de síntomas en los últimos momentos de la vida y la necesidad de sedación para control síntomas se ha convertido en un asunto controvertido. Este debate se ha encendido más al sugerirse que la sedación podría de algún modo suponer una "eutanasia lenta". La necesidad de disponer de más datos fiables y menos hechos anecdóticos ha sido uno de los factores promotores de este estudio multicéntrico.

Cuatro programas de cuidados paliativos de Israel, Sudáfrica y España decidieron participar. La población diana fue pacientes de cuidados paliativos ingresados en Unidades de Hospitalización. Se recogieron datos demográficos de control de síntomas e intención de uso de los sedantes en la última semana de vida. Además se recogieron otros datos sobre nivel de conciencia, control de síntomas alcanzado, y medicación opiode u otros psicofármacos utilizados en la semana final. Como esta última semana es con frecuencia difícil de predecir, los médicos responsables recogieron estos datos al tiempo del fallecimiento de paciente.

Los datos disponibles para el análisis incluyen 100 pacientes de Israel, 100 de Madrid, 94 pacientes de Durban y 93 pacientes de Ciudad del Cabo. Más del 90% de los pacientes estaban en tratamiento médico para dolor, disnea, delirium o náuseas en la última semana de vida. La indicación de sedación para controlar síntomas varió desde el 15% al 36%, siendo el delirium el problema más frecuente que requirió sedación. Hubo diferencias en la proporción de sedación por disnea y por malestar existencial y familiar. El midazolam fue el fármaco más utilizado en la sedación.

Las diferencias en el control sintomático, la intención de la sedación y el uso de diferentes fármacos sedantes proporciona mayores conocimientos para caracterizar y describir el uso deliberado de sedación farmacológica por síntomas problemáticos al final de la vida. La condición internacional de la población estudiada aumenta nuestra capacidad de comprender las posibles diferencias en los definiciones de los síntomas, en la práctica clínica, y en factores culturales y psicosociales.

Comentario

Hasta ahora se disponía de escasos estudios retrospectivos de sedación y ninguno prospectivo. Hace unos meses se comentó el primer estudio prospectivo de delirium en pacientes terminales publicado en *Annals of Internal Medicine*. Ahora se presenta otro estudio también prospectivo y multicéntrico, sobre otro punto clave del cuidado terminal. Son este tipo de trabajos de calidad los que ayudan a fundamentar seriamente la medicina paliativa, como en cualquier especialidad, por otra parte. Aunque propiamente no se definió en este estudio el término

sedación, todos los médicos participantes estuvieron de acuerdo en recoger los casos en los que la privación buscada de conciencia se justificaba en síntomas intratables por otro modo. Parece controvertida la indicación de estrés familiar para sedación de un paciente y se debe entender en un contexto cultural concreto..

El estudio ha puesto de manifiesto diferentes capacidades de identificar y tratar delirium, estrés existencial o familiar o diferentes poblaciones estudiadas en otro caso. 60 de los 100 pacientes de Madrid tuvieron un diagnóstico de delirium (entre 15-30% en el resto de Unidades). La Unidad de Madrid precisamente es la que reportó un 10 casos de indicación de sedación por estrés existencial o familiar intratables (frente 1 en las otras unidades). En Ciudad del Cabo el 23% de los pacientes estudiados fueron sedados por delirium descontrolado (frente 13% en las otras Unidades). Por último las dosis de midazolam empleadas también son muy variables según Unidades: 53 mg/día de media en Madrid frente a 15-20 mg/día de media en el resto. En un 20% de los casos se utilizaron otros fármacos como haloperidol, diazepam y levomepromacina. Tres pacientes, entre los 97 que precisaron sedación, recibieron fenobarbital.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 03-10-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Estudio Multicéntrico Internacional sobre Sedación para síntomas incontrolados de pacientes terminales.

Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M, Núñez-Olarte JM, deMoissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. Palliative Medicine 2000; 14:257-265

Comentario

Para comprender las implicaciones socioculturales que se derivan de este estudio es necesaria la lectura de los siguientes artículos que también constituyen parte del diseño original aunque se han publicado de forma separada por cuestiones de metodología:

. Fainsinger RL, DeMoissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *Journal of Palliative Care* 2000; 16(2):5-10

. Núñez Olarte JM, Fainsinger RL, DeMoissac D. Influencia de factores culturales en la estrategia de tratamiento. Abstract III Congreso SECPAL. *Medicina Paliativa* 2000; 7(2): 76-77

. Núñez Olarte JM, Fainsinger RL, Royal A, Waller A,

Bercovitch M, Landman W, Hosking M, Bengtson K. Un estudio internacional multicéntrico sobre sedación para el manejo de síntomas en la última semana de vida. Abstract III Congreso SECPAL. *Medicina Paliativa* 2000; 7(2): 77

Palliative Medicine

Revisor: Juan Manuel Nuñez Olarte, 04-10-2000
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

Decir o no decir: Patrones de revelación del diagnóstico entre varones con cáncer de próstata.

Gray RE, Fitch M, Phillips C, Labrecque M, Fergus K. To tell or not to tell: Patterns of disclosure among men with prostate cancer. Psycho-Oncology 2000, 9:273-282

Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo longitudinal realizado en hombres con cáncer de próstata (tratados con prostatectomía) y sus mujeres. Las entrevistas se llevaron a cabo simultáneamente y por separado con los pacientes y sus esposas en tres momentos diferentes en el tiempo (preoperación, 8-10 semanas tras la operación y de 11 a 13 meses tras la operación). El objetivo principal del artículo es centrarse en las respuestas de los pacientes a las preguntas relacionadas con el hecho de compartir o no la información con otras personas sobre su diagnóstico y la situación médica y sobre cómo toman las decisiones de dar o no esta información. La mayoría de los hombres con cáncer de próstata evitaron revelar su enfermedad donde les era posible y dieron una gran importancia a mantener una vida normal. Los factores relacionados con limitar la revelación de la enfermedad incluyen una baja percepción de la necesidad de apoyo por parte de los hombres, miedo a la estigmatización, la necesidad de minimizar el miedo a la enfermedad para ayudar al afrontamiento, necesidades prácticas en el lugar de trabajo y el deseo de evitar ser una carga para los demás.

Comentario

Los resultados que muestra el artículo reafirman algo que conocemos y es que el cáncer sigue siendo considerado como un tabú.

La muestra que utilizan es limitada por el bajo índice de participación y por reducirse a un tipo de tratamiento específico que puede sesgar los resultados.

El tipo de cáncer influye mucho en cómo éste es percibido. Es más frecuente que los pacientes compartan información con los que les rodean cuando la enfermedad es más evidente. El cáncer de próstata por sus características y efectos y por su vinculación con problemas en la esfera sexual del paciente es considerado como estigmatizador y es más probable que se oculte.

Surge así la necesidad de trabajar esta idea con los pacientes, haciendo hincapié en que es importante tratar

de mantener en lo posible una vida "normal" pero que hay ciertas imágenes erróneas sobre el cáncer y sobre la percepción de la necesidad de apoyo que deberían modificar.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 05-10-2000
Clínica Universitaria de Navarra

Intensificar la administración de los ensayos clínicos en cáncer: recomendaciones desde un estudio cualitativo realizado con las experiencias de los participantes en los ensayos.

Cox K. Enhancing cancer clinical trial management: Recommendations from a qualitative study of trial participants' experiences. Psycho-oncology 2000 9:314-322.

Para este estudio se entrevistó a 55 pacientes adultos con cáncer avanzado utilizando una aproximación cualitativa para examinar sus percepciones sobre el hecho de participar en ensayos clínicos de fármacos anti-cáncer en fases iniciales.

Para explorar los puntos de vista y las experiencias de los pacientes se utilizaron principalmente entrevistas y cuestionarios de calidad de vida al comienzo, durante y después de participar en el ensayo clínico.

Este trabajo sugiere que la participación en los ensayos constituye un proceso dinámico con un significado e impacto diferente en función del momento en que se encuentra el paciente.

Los resultados identifican cómo perciben los pacientes esta oferta de participar en un ensayo y cómo afrontan el tratamiento y la conclusión del mismo que no siempre es favorable.

Son fundamentales los aspectos que presenta a modo de conclusión: 1) reconocer la importancia de la contribución del paciente a participar en los ensayos, 2) preparar e informar a los pacientes, pues éstos no llegan a comprender en su totalidad lo que implica la decisión de participar 3) potenciar la continuidad de los cuidados paliativos para que el paciente no se sienta abandonado al finalizar el ensayo 4) acceder al punto de vista de los pacientes 5) incrementar el conocimiento entre la población de este tipo de ensayos.

Comentario

Los ensayos clínicos tienen importantes implicaciones éticas y legales y este estudio confirma los resultados de investigaciones anteriores que muestran cómo no es fácil dar respuesta a este tipo de problemas. Sin embargo el autor intenta ir más allá que la mayoría de los estudios realizados en este campo al dar importancia y enfatizar el hecho de tener en cuenta la perspectiva del paciente. En oncología médica los ensayos clínicos forman parte de la mecánica diaria y el impacto psicosocial que tiene en el paciente el hecho de participar se suele dejar de lado. Las

recomendaciones y el punto de vista de este estudio centrado en la experiencia del paciente, en su manera de afrontar lo que le sucede y en identificar las consecuencias de involucrarse en un ensayo pueden ser muy útiles para mejorar esta área de la investigación oncológica.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 06-10-2000
Clínica Universitaria de Navarra

El empleo de opioides en la última semana de vida y sus implicaciones en las decisiones sobre el final de la vida.

Thorns A, Sykes N. Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. Lancet 2000; 356: 398-399

Se sigue discutiendo sobre si el empleo de opioides o el aumento de la dosis de estos fármacos acelera el fallecimiento de los enfermos terminales. Con lo todo lo que ello afecta al límite del beneficio sintomático y al principio del doble efecto y la eutanasia. Los autores han desarrollado un estudio retrospectivo (con las limitaciones que conlleva) con 238 pacientes del St Christopher's Hospice. Se evita el diseño prospectivo porque podría influir en los médicos y alterar lo que es la práctica habitual. Se evalúa si un aumento importante de la dosis de opioides las últimas 48 horas (x 1,5 la dosis previa a lo largo de 24 horas con una dosis final superior a 30 mg/d) o en la última semana de vida (x 3 la dosis previa con un incremento total superior a 30 mg/d) afecta a la supervivencia. En conjunto, en la fase final de la vida se incrementan tanto el número de pacientes que reciben opioides como la dosis administrada. La dosis media diaria se incrementa de 42 mg a 55,5 mg en la última semana. Además, mientras que sólo el 60% lo hacen al ingreso, cuando fallecen el 89% de los pacientes se encuentran recibiendo opioides. En 28 pacientes (12%) se encontró un aumento marcado de la dosis de opioides (principalmente para control del dolor) con una supervivencia media desde el ingreso de 21+9 días; en los 210 restantes esta supervivencia fue de 16+3 días (p = 0,7).

Comentario

Así pues, estos resultados respaldan la recomendación de administrar en los enfermos terminales la dosis de opioides necesaria para controlar los síntomas ya que el aumento de las dosis de opioides no se asocia a una menor supervivencia.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 07-10-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Estudio comparativo sobre el dolor y su tratamiento pacientes con fractura de cadera con demencia y con función cognitiva conservada.

Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 240-248

Hay pocos estudios sobre el tratamiento del dolor en pacientes con alteraciones cognitivas. Este artículo presenta un estudio prospectivo con enfermos de más de 70 años ingresados por fractura de cadera. Se incluyeron 59 enfermos con funciones superiores conservadas (>18/24, Mini-Mental) y 38 pacientes con diagnóstico de demencia. Se excluyeron aquellos con delirio o con alteraciones cognitivas de aparición reciente. Se realizó un seguimiento del nivel del dolor (en pacientes con funciones superiores adecuadas), de la analgesia (excluyendo la que se recibía mediante PCA) y de la presencia de delirio (evaluado mediante CAM: Confusion Assessment Method). De inicio había diferencias significativas en las dos poblaciones en cuanto a la mediana de edad (82 vs 88 años) y la incidencia de fractura intertrocanterea (28% vs 68%). No se pudo valorar el nivel del dolor en los enfermos con demencia, por lo que no es posible realizar comparaciones en este sentido. En cuanto a la analgesia, más del 75% de los pacientes en ambos grupos recibieron la analgesia únicamente "si precisa". La dosis media diaria equivalente de morfina (mg) que recibieron los enfermos con funciones superiores conservadas era significativamente superior tanto antes (2,6 + 4,5 vs 1,2 + 2,1; $p < 0,001$) como después de la cirugía (4,1 + 5,6 vs 1,5 + 2,0; $p < 0,001$). Estos datos muestran que entre los enfermos con fractura de cadera, la morfina que recibieron los que padecían alteraciones cognitivas (demencia en este caso) fue menos del 50% de la que recibieron los que tenían funciones superiores normales. Sin embargo, aunque se puede sospechar, no es posible afirmar con estos datos que su dolor esté peor tratado porque no se aporta una medida de este dolor.

Comentario

Los resultados de este estudio no se refieren a enfermos terminales y, específicamente, excluyen aquellos que padecen delirio. Aun así, es lógico que se despierte la pregunta: ¿cómo se podría detectar si sucede algo similar en los enfermos terminales con episodios de delirio? Y, si es así, ¿sería posible corregirlo? Con lo que queda abierta la puerta a un campo de investigación con efectos prácticos evidentes.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 08-10-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Las dificultades para diagnosticar complicaciones neuropsiquiátricas por corticoides en enfermos con cáncer avanzado. Presentación de dos casos.

Jenkins CA, Bruera E. Difficulties in diagnosing neuropsychiatric complications of corticosteroids in advanced cancer patients: two case reports. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 309-317

Hasta tres de cada cuatro enfermos oncológicos en tratamiento paliativo reciben corticoides. Es difícil conocer con qué frecuencia los corticoides inducen patología neuropsiquiátrica en estos pacientes porque este tipo de trastornos no son específicos: tanto la propia enfermedad como los demás tratamientos farmacológicos pueden justificar la presencia de estos problemas. A esto hay que añadir que los síntomas neuropsiquiátricos secundarios a corticoides se pueden presentar de manera tardía, si bien suelen manifestarse en las dos primeras semanas de tratamiento. Entre las complicaciones descritas se encuentran: síndrome depresivo, manía, alteraciones sensitivas y delirio; algunos autores incluyen también el efecto euforizante que llega a aparecer hasta en un 50% de los enfermos que reciben corticoides. Se han sugerido múltiples vías por la que este tipo de fármacos pueden inducir clínica neurológica, tanto de manera directa (actuando sobre neuroreceptores) como indirecta (por la hiperglucemia o las infecciones facilitadas por la inmunosupresión). Como prevención se aconseja seleccionar fármacos con un efecto más específico para el control de problemas concretos como pueden ser metilfenidato para la fatiga o megestrol para la anorexia. No hay una recomendación estándar de tratamiento pero se han visto efectos positivos con el empleo de litio, carbamacepina o neurolepticos.

Comentario

Los dos pacientes que se presentan comparten los problemas diagnósticos que se encuentran en la clínica diaria ya que en ambos coinciden otros factores que pueden justificar la presencia de delirio: en un caso, por ejemplo, el diagnóstico de un tumor cerebral recidivado y en el otro la administración simultánea de opioides y la presencia de disfunción renal y signos de infección activa. Además, en ambos enfermos no hubo una relación temporal inmediata entre el corticoide y los síntomas neurológicos, como tampoco lo fue la mejoría tras la retirada del fármaco. En cualquier caso, el diagnóstico de estas complicaciones inducidas por corticoides exige que se sospechen y se incluyan en el diagnóstico diferencial de la patología neuropsiquiátrica de los pacientes en situación terminal.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-10-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Estudio prospectivo sobre incidencia, etiología y evolución del delirio en pacientes con cáncer avanzado.

Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson H, Suarez-Almanzor ME, Bruera E. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer. A prospective study. Arch Intern Med 2000; 160: 786-794

Los autores realizan un estudio prospectivo con 104 pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Paliativos hospitalaria. A todos los enfermos se les realiza, al ingreso y luego de manera periódica, una exploración somera basada en los criterios de delirio del DSM-IV, un Mini-Mental y otros estudios dirigidos al diagnóstico del delirio (MDAS, DOCS), junto con otros estudios elementales: radiografía de tórax, analítica completa, registro de la dosis de opioides administrada. Se diseñaron criterios para definir la relación relacionar del delirio con distintos factores desencadenantes: fármacos psicoactivos, privación alcohólica, deshidratación, hipertensión endocraneal, encefalopatía hipóxica y factores metabólicos o hematológicos.

Al ingreso, 44 enfermos (42%) padecían delirio; de los 60 restantes, 27 (45%) lo desarrollaron a lo largo del ingreso. Se consiguió revertir el 49% de los delirios (56% en los que no habían padecido episodios anteriores). 18 de 40 los pacientes (45%) que superaron un primer diagnóstico de delirio padecieron un segundo cuadro; en estos casos de episodios sucesivos, la reversibilidad fue únicamente del 26%. Se encontró una mediana de 3 factores desencadenantes en cada episodio de delirio (límites: 1-6). En los casos en los que el delirio fue reversible, el análisis univariante mostró una relación estadísticamente significativa con la administración de fármacos psicoactivos (opioides y no opioides) y con la presencia de deshidratación; sin embargo en el análisis multivariante sólo se halló significación con el empleo de fármacos psicoactivos. En el caso de los casos que no revirtieron, en el análisis multivariante se encontró una relación significativa con el diagnóstico de encefalopatía hipóxica (frecuente en pacientes con cáncer de pulmón y con infección respiratoria) y de infecciones extrapulmonares. Entre los 52 enfermos que fallecieron durante su ingreso, 46 (88%) padecieron "delirio terminal" (que suponemos en la fase de agonía).

Comentario

A nivel hospitalario, uno de cada dos enfermos oncológicos en situación terminal ingresa con delirio. Y de los que ingresan sin este síndrome, también uno de cada dos lo desarrollará durante su estancia en el Hospital. La mitad de estos episodios se pueden considerar reversibles, especialmente aquellos relacionados con la administración de fármacos psicoactivos (y, a veces, facilitados por la

deshidratación). Aun así, casi el 90% de los fallecimientos se asocian a delirio terminal. En este contexto, los autores hacen referencia a la "dicotomía en la percepción clínica", ya que el delirio puede ser considerado, por una parte, como un modo normal (fisiológico) de fallecer y, por otra, un síndrome reversible en numerosos pacientes que no han entrado en un proceso de agonía.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 10-10-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

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

Bruera E, Schmitz B, Pither J, Neumann CM, Hanson J. The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 357-362

La disnea es uno de los síntomas más relevantes y de control más difícil en el cáncer avanzado. En la población normal la intensidad de la disnea guarda correlación con los parámetros de función respiratoria, más acusada en el caso del asma pero menos evidente en la enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica. Se ha descrito que los enfermos oncológicos con disnea presentan con más frecuencia alteraciones de la presión inspiratoria máxima (PIM), una medida que representa, en parte, la debilidad de los músculos respiratorios. Los autores realizan un estudio prospectivo para conocer los factores con los que se correlaciona la disnea en una muestra de 135 pacientes oncológicos terminales. Inicialmente se encuentran que el 76% de estos enfermos refieren disnea y que en el 55% es moderada o severa (> 30/100 en EVA). En el total de pacientes, se encontró correlación ($p < 0,1$) entre la intensidad de la disnea y la presencia de afectación pulmonar, ansiedad, cansancio, capacidad vital y PIM. En el análisis multivariante, la correlación se mantuvo con la afectación pulmonar ($p = 0,001$), la ansiedad ($p = 0,002$) y la PIM ($p = 0,07$). La pérdida de significación del parámetro cansancio se entiende por su gran correlación con la ansiedad. No se encontró una correlación evidente entre el cansancio global del paciente y la debilidad de los músculos respiratorios (expresada en la PIM). Al analizar únicamente los 74 pacientes con disnea severa o moderada aparece correlación únicamente con la ansiedad ($p = 0,03$) y el PIM ($p = 0,01$).

Comentario

En resumen, en el paciente oncológico la disnea se asocia a la afectación pulmonar, primaria o metastásica, por el tumor, a la ansiedad (de la que es causa y consecuencia) y a un parámetro más difícil de medir: la PIM. Los datos de este estudio prospectivo sugieren estrategias de tratamiento de este síntoma. Ya que no es posible orientar

esas estrategias a tratar cada una de las causas (la presencia del tumor en el aparato respiratorio), sería lógico dirigir las al control (farmacológico o no) de la disnea y, si fuera posible, tal vez al fortalecimiento de la musculatura respiratoria.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-10-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Intervención de cuidados paliativos y fallecimiento en el domicilio: estudio aleatorizado por grupos.

Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. Lancet 2000; 356: 888-893

Hay estudios que sugieren que los enfermos oncológicos terminales prefieren fallecer en su propio domicilio. Sin embargo, en nuestro medio, la mayoría de estos pacientes mueren en Instituciones Sanitarias. Entre los beneficios que se suponen a las Unidades de Cuidados Paliativos se encuentra el de incrementar la proporción de pacientes terminales que fallecen en su domicilio. Se presentan los datos de un ensayo noruego que emplea una compleja aleatorización por grupos para estudiar la influencia de los cuidados paliativos sobre el lugar de fallecimiento y la estancia hospitalaria (los resultados de otro de los parámetros medidos, la calidad de vida, no se presentan en este artículo). Se incluyen 434 pacientes (199 en el brazo control y 235 en el de paliativos). El porcentaje de fallecimientos en domicilio es mayor en el grupo de cuidados paliativos (15% vs. 25%; $p = 0,08$ como factor individual, $p = 0,02$ en un modelo de regresión). Sin embargo, la atención por parte de cuidados paliativos sólo modifica el porcentaje de enfermos que fallecen en nursing home (centros orientados a los cuidados de enfermería) (21% vs. 9%) ya que el de los que mueren en Hospital no cambia (65% vs. 67%). La tampoco se modifica el promedio de días de estancia hospitalaria por paciente (12,4 vs 12,1) aunque sí que se reduzcan los días en nursing home (4,3 vs. 2,2).

Comentario

Este ensayo se caracteriza por la complejidad del diseño y del análisis de los resultados. Se aprecian desequilibrios tanto en el número de pacientes como en las características, muchas de las cuales muestran diferencias superiores al 10% entre los brazos. Esto favorece que la significación estadística de los resultados se modifique según el tipo de análisis (univariante o multivariante) superando o no la barrera de $p = 0,05$. En cualquier caso, el beneficio en el brazo de intervención (cuidados paliativos) es escaso. En el Hospital siguen muriendo dos de cada tres pacientes y no se consiguen reducir los días de estancia

hospitalaria. Los fallecimientos en domicilio crecen sólo un 10% y a costa de reducir únicamente las muertes en nursing home.

Junto a las limitaciones debidas al propio diseño hay que añadir las características propias del lugar en que se desarrolla el ensayo, por lo que no se deberían extrapolar directamente los resultados de un estudio noruego a nuestra cultura. En cualquier caso, este trabajo se añade a los que ya se han publicado, con resultados discordantes, sobre este tema. Y ayuda a reconocer la influencia real de la actividad de los cuidados paliativos y sus limitaciones. Y a evitar que se creen mitos con escaso fundamento.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-10-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid