

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



41ª Entrega. Marzo 2010

INDICE

Articulo	Pag.
Evaluación de cuestionarios de calidad de vida para su utilización en cuidados paliativos: Una revisión sistemática.	1
Colaborar o coexistir: una encuesta sobre las actitudes de los oncólogos médicos en relación con los Cuidados Paliativos específicos.	1
Alteraciones del sueño-vigilia en pacientes con cáncer avanzado y de sus cuidadores familiares.	2
Instrumentos para evaluar la calidad de los enfermos oncológicos avanzados que incluyen uno o varios ítems.	2
Detección de depresión en supervivientes de cáncer metastásico de ovario en un programa de cuidados paliativos.	3
Conversaciones sobre el final de la vida, consecución de objetivos y sufrimiento emocional al final de la vida: factores predictivos y resultados de cara a recibir unos cuidados conformes a las propias preferencias.	4
Ensayo clínico multicéntrico con distribución aleatoria, doble ciego, paralelo y controlado con placebo sobre la eficacia, seguridad y tolerabilidad del extracto THC: CBD y el extracto THC en enfermos con dolor oncológico refractario.	4
Respuesta a: Puesta al día en las recomendaciones del tratamiento del dolor.	5
Sobre el uso de diuréticos en ascitis maligna: presentación de dos casos que muestran el valor del gradiente de albúmina entre suero y ascitis en una situación paliativa.	5
Cumplir las expectativas de los pacientes oncológicos: relación entre satisfacción, depresión y afrontamiento.	6
Ausencia de beneficio del paracetamol en enfermos paliativos que requieren dosis altas de opioides fuertes: estudio comparativo con distribución aleatoria, doble ciego, cruzado y controlado con placebo.	6

Evaluación de cuestionarios de calidad de vida para su utilización en cuidados paliativos: Una revisión sistemática.

Albers G, Echteid MA, De Vet HCW, Onwuteaka-Philipsen BD. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. Palliat Med. 2010;24(1):17-37.

Objetivo. En esta revisión los autores evaluaron los cuestionarios de calidad de vida (QoL), adecuados para su utilización en cuidados paliativos y su factibilidad. **Metodología.** Se llevó a cabo una revisión sistemática para identificar instrumentos de medida (al menos un dominio de QoL). Los autores seleccionaron aquellos artículos que presentaban datos sobre pacientes que recibían cuidados paliativos y al menos un cuestionario de QoL. Un check list fue utilizado para describir las características de los cuestionarios y una extensa lista de ítems fue empleada para evaluar aspectos clinimétricos. **Resultados.** 29 cuestionarios fueron identificados y evaluados, la mayoría de los cuales se dirigían a pacientes en situación terminal. Ninguno de los instrumentos demostró resultados satisfactorios para todas las variables de medida; 14 cuestionarios demostraron resultados positivos para el constructo validez; 13 instrumentos incluían análisis de fiabilidad, pero sólo dos fueron testados adecuadamente y consiguieron resultados positivos. La sensibilidad no fue testada adecuadamente por ninguno de los cuestionarios. Muy pocos estudios ofrecieron información sobre la interpretación de las puntuaciones. En general el MQOL, seguido del QUAL-E y el QODD, recibieron las mejores puntuaciones de adecuación de medida. **Conclusiones.** Muchos cuestionarios de medida de QoL, fueron identificados, pero la mayoría de ellos no habían sido adecuadamente evaluados.

Comentario

De más de 2000 cuestionarios de calidad de vida que resultó la búsqueda inicial de la revisión sistemática, sólo 29 fueron analizados, según criterios de inclusión-exclusión propuestos por los autores, para su aplicabilidad en el contexto de los cuidados paliativos. Bien es cierto que en los criterios de búsqueda se restringió el campo idiomático a inglés u holandés. Como material de apoyo para consultar los cuestionarios de QoL, más frecuentemente utilizados en cuidados paliativos es interesante, si bien la lectura y la práctica se traduce en que "nos perdemos en el mare magnum de las siglas". Pocos fueron los cuestionarios, que pasaron el "corte" de adecuados para los ítems: Validez, sensibilidad y fiabilidad. Para aquellos lectores, que como yo, se pierdan en la interpretación-análisis de los cuestionarios de calidad, les sugiero un libro, que a mí me sirve: "assessing quality of life in clinical trials" Peter Fayers/Ron Hays. Second edition (2007). Oxford.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 24-01-2010
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Colaborar o coexistir: una encuesta sobre las actitudes de los oncólogos médicos en relación con los Cuidados Paliativos específicos.

Ward AM, Park D, Agar M. Collaborating or co-existing: a survey of attitudes of medical oncologists toward specialist palliative care. Palliat Med. 2009;23:698-707.

Los autores analizan la actitud de los oncólogos médicos en relación con el trabajo y la colaboración con Unidades específicas de Cuidados Paliativos. Los datos provienen de Australia, donde el 85% de los pacientes atendidos por estas Unidades son oncológicos. Se llevó a cabo una encuesta a través de Internet que constaba de 67 ítems (con escalas tipo Likert, preguntas de elección múltiple y una de respuesta abierta: "¿cómo mejorar la colaboración entre Oncología Médica y las Unidades de Cuidados Paliativos?"). Se remitió a todos los miembros del Medical Oncology Group of Australia. Se obtuvieron 115 respuestas (78 oncólogos médicos, 37 residentes), con una tasa de respuesta del 30%. Cerca del 75% refería haber recibido una formación adecuada en la atención paliativa. La mayoría apoyaba tanto las rotaciones de los oncólogos médicos en Cuidados Paliativos como la de los médicos de Cuidados Paliativos en Oncología Médica. Más del 80% mantenía relación con la Unidad al menos de manera semanal. El 92% reconocía que la atención paliativa como una parte central y el 87% la vivía como un motivo de satisfacción dentro de la práctica clínica. En general se refería una actitud positiva de cara a los profesionales de Cuidados Paliativos, similar entre los que habían rotado y los que no lo habían hecho, y se reconocía que su actuación ayudaba a resolver síntomas y problemas psicosociales complejos. El 95% prefería un modelo asistencial concurrente (que corresponde al que está más implementado en Australia), antes que uno secuencial. El 52% consideraba que la labor de los Cuidados Paliativos debería comenzar desde el diagnóstico de la enfermedad avanzada. Entre las barreras para una mayor colaboración se identificaron un cierto rechazo a ser remitidos a Cuidados Paliativos por parte de los pacientes o de los familiares o la falta de recursos (como camas de ingreso) por parte de Cuidados Paliativos para sumir algunos enfermos. Como posibles áreas de mejora se identificaron: la disponibilidad de recursos, la relación interdisciplinaria, el respeto y la comprensión mutua y una provisión de servicios más consistente.

Comentario

La fotografía que se nos presenta nos puede resultar familiar, cercana. Tal vez en Australia se hayan superado los problemas de competencia que pueden darse cuando los Cuidados Paliativos no han alcanzado aún una implantación, un desarrollo y una madurez suficientes. En todo caso, plantea unas áreas de mejora que es

conveniente cuidar para mejorar las prestaciones y para poder ofrecer una colaboración más profunda con otras especialidades.

Palliative Medicine

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 31-01-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Alteraciones del sueño-vigilia en pacientes con cáncer avanzado y de sus cuidadores familiares.

Gibbins J, McCoubrie R, Kendrick AH, Senior-Smith G, Davies AN, Hanks GW. Sleep-Wake Disturbances in Patients with Advanced Cancer and Their Family Carers. J Pain Symptom Manage. 2009; 38(6):860-70.

Introducción: Los trastornos del sueño son problemas comunes tanto en pacientes con cáncer avanzado como en sus cuidadores familiares.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia de trastornos del sueño-vigilia en los pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores, para controlar el período de tiempo dedicado al día a la actividad y el descanso, y para examinar la relación entre el sueño, síntomas físicos y psicológicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional descriptivo en pacientes con cáncer incurable avanzado y sus cuidadores. Se emplearon medidas subjetivas (cuestionario de calidad de vida SF-36, nivel de somnolencia de Epworth, Hospital Anxiety and Depression Scale, Memorial Symptom Assessment Scale, y el diario e historia del sueño) y objetivas (Actiwatch) durante un período de 7 días. Completaron el estudio sesenta díadas pacientes-cuidadores. El 47% de los pacientes y el 42% de los cuidadores informaron de problemas con el sueño, pero los pacientes informaron de dormir una media de 8,2 horas por 7,8 horas de los cuidadores. La eficiencia del sueño fue superior al 90% para la mayoría de los pacientes y cuidadores, pero la fragmentación del sueño era alta en ambos grupos. Los pacientes y cuidadores que se quejaron de falta de sueño fueron significativamente más ansiosos ($p < 0,001$ y $< 0,05$) en comparación con los pacientes y cuidadores que informaron de dormir bien. Los pacientes que se quejaban de falta de sueño tenían considerablemente más dolor ($p < 0,05$). Estos resultados muestran que una proporción sustancial de pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores se quejaron de falta de sueño a pesar de la "normalidad" en la duración del sueño. El Actiwatch reveló un sueño eficiente bueno, pero altos niveles de fragmentación del sueño y de movimientos, lo que sugiere que la calidad del sueño puede estar alterada.

Conclusiones: Es necesario desarrollar investigaciones sobre la calidad del sueño y las consecuencias de la falta de sueño. Mientras tanto, los profesionales de la salud deben investigar de forma rutinaria sobre los aspectos del sueño y considerar los posibles factores reversibles, como

el dolor y la ansiedad, para los que informan de trastornos del sueño.

Comentario

Uno de los elementos que más contribuyen a alcanzar un buen estado de bienestar físico y psicológico es el sueño. El sueño es una función biológica esencial -baste sólo recordar que pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestra existencia-. El sueño es primordial en nuestras vidas y no sólo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir sino también por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que el sueño tiene en nuestra salud. La presente investigación apunta en sus resultados en el mismo sentido que otros estudios y señala cada vez con mayor fuerza empírica que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica. En esta investigación se constata que la falta de sueño es un problema frecuente entre los cuidadores porque muchas veces cuidar a un familiar significa atenderlo también por la noche. Con la reciente ley de dependencia nacen los "centros de noche" que se definen como un recurso de atención a personas que por diversas causas necesitan atención en horario nocturno: incapacidad para valerse por sí mismo, imposibilidad de recibir cuidados nocturnos por parte de sus cuidadores de apoyo, necesidad de supervisión nocturna, control y regulación del ritmo del sueño... Su objetivo es apoyar a las familias para mejorar su capacidad de proporcionar un cuidado en buenas condiciones, y así incidir positivamente en las dinámicas interfamiliares, muchas veces afectadas del estrés de los cuidados continuados. Porque para cuidar de alguien hay que cuidar de uno mismo.

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

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Revisor invitado, 01-02-2010

Instrumentos para evaluar la calidad de los enfermos oncológicos avanzados que incluyen uno o varios ítems.

Bush SH, Parsons HA, Palmer JL, Li Z, Chacko R, Bruera E. Single- vs. multiple-item instruments in the assessment of quality of life in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2010; 39: 564-71.

Las evaluaciones unidimensionales pueden proporcionar una estimación válida de la calidad de vida en enfermos oncológicos avanzados. En este estudio se valora la estimación realizada mediante el ítem de bienestar del ESAS (ESAS-WB); que realiza una puntuación de 0 a 10, en la que

el 0 corresponde a la mayor sensación de bienestar. Se reunieron los datos de 213 pacientes (52% varones; media de edad: 60 años; 26% tumores gastrointestinales, 23% cáncer de pulmón) incluidos en seis ensayos clínicos. Se valoró la asociación entre el valor basal del ESAS-WB, el FACT-G (que puntúa de 0 a 108 y en que los valores más altos señalan una mejor calidad de vida) y sus cuatro subescalas. En la determinación basal, la correlación del ESAS-WB con el FACT-G fue adecuada, $-0,48$ ($p < 0,001$), al igual que con sus subescalas de bienestar: físico ($r = -0,45$, $p < 0,001$), sociofamiliar ($r = -0,12$, $p = 0,08$), emocional ($r = -0,33$, $p < 0,001$) y funcional ($r = 0,40$, $p < 0,001$). En la segunda determinación la tendencia de correlación mantuvo: $r = -0,47$ ($p < 0,001$) con el FACT-G, $r = -0,40$ ($p < 0,001$) con el bienestar físico, $r = -0,19$ ($p = 0,02$) con el sociofamiliar, $r = -0,34$ ($p < 0,001$) con el emocional y $r = -0,44$ ($p < 0,001$) con el funcional. La correlación entre las diferencias entre la primera y la segunda determinación en el ESAS-WB y en el FACT-G fue $-0,36$ ($p < 0,001$). En las cuatro subescalas de bienestar las correlaciones entre los cambios y los del ESAS-WB fueron: $r = -0,31$ ($p < 0,001$) para el físico, $r = -0,10$ ($p = 0,10$) con el sociofamiliar, $r = -0,22$ ($p = 0,008$) con el emocional y $r = -0,30$ ($p < 0,001$) con el funcional. Las diferencias en el FACT-G que se consideran con relevancia clínica guardan correlación con cambios en el ESAS-WB: una diferencia de 3 puntos en el FACT-G es similar a una diferencia de $-0,2$ en el ESAS-WB, una 5 puntos a una de $-1,6$ y una de 7 puntos a una de $-2,9$.

Comentario

El trabajo es retrospectivo e incluye datos de varios estudios. Pero sí que respalda la idea de que lo que el paciente refiere como bienestar se asemeja a lo que metodológicamente se define como calidad de vida. Y una valoración única, unidimensional, por parte del paciente de este bienestar guarda una buena correlación con la evaluación multidimensional de la calidad de vida. Este dato puede ser útil para algunos estudios sobre todo en enfermos que no estén en condiciones de rellenar un cuestionario. Esta valoración del bienestar del paciente parece que incluye intuitivamente los perfiles físico, emocional y funcional del bienestar pero no el de la relación sociofamiliar.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 31-03-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Detección de depresión en supervivientes de cáncer metastásico de ovario en un programa de cuidados paliativos.

Slovacek L, Slanska I, Slovackova B, Petera J, Filip S, Priester P, Kopecky J, Jebavy L. Screening for depression in survivors of metastatic ovarian cancer in a programme of palliative cancer care. Bratisl Lek

Listy. 2009;110(10):655-9.

INTRODUCCIÓN: La depresión es observada con frecuencia en pacientes con cáncer, y en el caso de pacientes en cuidados paliativos se presenta en aproximadamente el 25%. Este trabajo trataba de determinar la presencia de la misma en un centro hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo y transversal en el Departamento de Oncología Clínica y Radioterapia del Hospital de la Universidad Charles y de la Facultad de Medicina en Hradec Králové (República Checa) en pacientes con cáncer metastásico de ovario.

RESULTADOS: La incidencia de depresión fue del 83,3% (25 de los 30 supervivientes). La relevancia de la depresión se caracterizó en los supervivientes así: depresión grave en 9, depresión moderada en 5, depresión leve en 11 y con rango normal en 5. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escala autoadministrada de depresión de Zung y las variables abuso de tabaco, estado civil, edad, número de enfermedades asociadas ni tipo de cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN: Los resultados del estudio piloto demostraron una asociación clara entre el cáncer metastásico de ovario y la presencia de depresión.

Comentario

Los autores comienzan su trabajo señalando la elevada prevalencia de depresión -casi 25%- de los pacientes de cuidados paliativos y han presentado un resultado que la confirma. Dado que la depresión, con frecuencia, no es diagnosticada y, por tanto, tampoco tratada, resulta fundamental mejorar la capacidad de detección del problema. Muchas de las herramientas de detección de la depresión han sido desarrolladas y validadas para pacientes que físicamente se encuentran sanos. Por este motivo, el Comité Científico de la Asociación de Medicina Paliativa del Reino Unido encargó a Lloyd-Williams, Spiller, y Ward (Which depression screening tools should be used in palliative care?. Palliat Med. 2003 Jan;17(1):40-3) el trabajo de estudiar el grado de evidencia científica que apoya el uso de las distintas herramientas de detección de depresión en cuidados paliativos. Uno de los hallazgos del estudio mostró que la pregunta "¿Estás deprimido?" fue el instrumento con mayor sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo.

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

Otras revistas

Revisor: Revisor invitado, 03-02-2010

Conversaciones sobre el final de la vida, consecución de objetivos y sufrimiento emocional

al final de la vida: factores predictivos y resultados de cara a recibir unos cuidados conformes a las propias preferencias.

Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. *End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol. 2010;28:1203-1208.*

La actuación médica debe respetar los valores del paciente, también al final de la vida. En este estudio se valoran las preferencias en relación con los tratamientos dirigidos a prolongar la supervivencia (nutrición enteral, quimioterapia, maniobras de reanimación o hasta ingreso en UVI) o los cuidados meramente sintomáticos y el tipo de atención que recibieron 325 pacientes oncológicos avanzados. Tres de cada cuatro pacientes prefería una actitud sintomática paliativa. No hubo diferencias en cuanto a supervivencia entre los que recibieron un tratamiento más agresivo ($p = 0,10$). Las preferencias se evaluaron de media cuatro meses antes del fallecimiento: 121 (39%) tenían conciencia de su situación terminal; 220 (68%) recibieron una atención al final de la vida conforme con sus preferencias: 90 (74%) de los 121 que conocían su situación terminal, comparados con 130 (64%) de los 204 que no la conocían ($p = 0,05$). Los que conocían su situación terminal optaban con más frecuencia por centrarse en el control de síntomas: (83% vs. 66%; odds ratio = 2,40; $p = 0,002$); aun así, hasta uno de cada seis pacientes que conocían su situación terminal optaron por los tratamientos dirigidos a prolongar la supervivencia. El 39% había hablado de sus preferencias con el médico sobre los cuidados en la etapa terminal (la proporción era mayor entre los que tenían conciencia de situación terminal: 44% vs. 36%; $p < 0,001$). La probabilidad de recibir unos cuidados conformes a las propias preferencias aumentaba entre los que conocían su situación terminal (odds ratio = 1,64; $p = 0,05$) y entre los que habían hablado con el médico (odds ratio = 2,04; $p = 0,006$). Entre los que fueron tratados con una actitud sintomática, sus cuidadores estimaron que el sufrimiento emocional (escala de 0 a 10) en la última semana de vida fue menor entre los que recibieron una atención conforme a sus deseos (3,1 vs. 4,1; $p = 0,03$). En todo caso, parece que los pacientes que prefirieron tratamientos agresivos son los que tuvieron mayor sufrimiento emocional en los últimos días.

Comentario

En resumen hay dos ideas claras: los que tienen conciencia de situación terminal y los que hablan del posible plan de cuidados con el médico es más probable que reciban unos cuidados conformes a sus preferencias. Por otra parte, conocer la propia situación suele ayudar a limitar los tratamientos agresivos. Otro dato es que el mero hecho de desear tratamientos agresivos (que puede traducir falta de aceptación) supone un mayor grado de ansiedad y sufrimiento en los pacientes, que persiste aunque se atiendan sus deseos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 25-02-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Ensayo clínico multicéntrico con distribución aleatoria, doble ciego, paralelo y controlado con placebo sobre la eficacia, seguridad y tolerabilidad del extracto THC: CBD y el extracto THC en enfermos con dolor oncológico refractario.

Johnson JR, Burnell-Nugent M, Lossignol D, Ganae-Motan ED, Potts R, Fallon MT. *Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety, and tolerability of THC:CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer-related pain. J Pain Symptom Manage 2010; 39: 167-79.*

Se presenta un ensayo multicéntrico con distribución aleatoria, doble ciego y controlado con placebo sobre la eficacia de dos extractos cannabinoides, THC:CBD (tetrahidrocannabinol/cannabidiol; Sativex) y THC, en dolor oncológico refractario. Se asignaron 60 pacientes a THC:CBD, 58 a THC y 59 a placebo. Al entrar en el estudio la mediana de dosis equivalente de morfina oral que recibían eran 120 mg/d (algo menor los de THC:CBD) y más del 70% refería dolor con componente neuropático. La mortalidad durante el estudio fue del 13%. Se valoró el descenso en la intensidad media del dolor (NRS, 0 a 10) al cabo de 14 días. La medicación se administró a demanda mediante un spray oral. Cada dosis correspondía a 2,7 mg de THC, a 2,7 mg de THC + 2,5 mg de CBD, o a placebo. Se podían administrar hasta ocho dosis en tres horas (con un intervalo mínimo de 15 minutos) y un máximo de 48 dosis al día. En la primera semana los pacientes ajustaron hasta la dosis máxima tolerable. El número medios de dosis osciló entre 8 y 11 al día. La reducción media ajustada del dolor con placebo fue 0,7. En comparación con el placebo, se apreció mejoría con THC:CBD (diferencia 0,7; $p = 0,01$) pero no con THC (diferencia 0,3; $p = 0,24$). La proporción de pacientes con una reducción de la intensidad del dolor de al menos un 30% fue mayor con THC:CBD que con placebo (23/60 vs. 12/59; diferencia 22%; $p = 0,006$), pero esto no se observó con THC (12/58 vs. 12/59; diferencia 2%; $p = 0,28$). No hubo diferencias en la proporción de pacientes que alcanzó una reducción del 50% de la intensidad del dolor. En ninguno de los brazos hubo modificaciones relevantes en la dosis media de opioides o en el número de dosis extra. En el brazo con placebo se observaron mejores puntuaciones en memoria, concentración y apetito. La mayor parte de los efectos secundarios en relación con la medicación fueron leves o moderados. La calidad de vida (QLQ-C30) no mostró grandes diferencias salvo en náuseas y vómitos, peor con THC:CBD que con placebo ($p = 0,02$).

Comentario

Los resultados de este ensayo parece que reducen sensiblemente las expectativas de eficacia de los derivados del cannabis en el control del dolor oncológico. El THC no muestra efectos relevantes y el THC:CBD muestra un efecto limitado y no exento de efectos secundarios (no muy relevantes). La idea probablemente sea la de que puede ser útil, aunque no mucho, y que es probable que haya pacientes refractarios o complejos que se puedan beneficiar más.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 27-02-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Respuesta a: Puesta al día en las recomendaciones del tratamiento del dolor.

Taubert M, Regnard C, Ilora G, Finlay IG, Barnsley J. Re: Update on cancer pain guidelines. J Pain Symptom Manage. 2010; 39: e1-e5.

Los autores se centran en ver cómo las directrices actuales responden algunas cuestiones que parecen básicas en relación con el empleo de morfina en el tratamiento del dolor. Para ello seleccionan 15 guías ("guidelines") sobre tratamiento del dolor de uso común en el Reino Unido y ven cómo responde cada una de ellas a las preguntas que se plantean los autores. Las cuestiones y sus respectivas respuestas son: 1. ¿Cuál debe ser la dosis para comenzar con morfina en enfermos que se encuentran recibiendo analgesia dentro del primer escalón de la OMS (es decir, a los que no se les ha administrado previamente opioides)? Entre 6 y 60 mg de morfina oral diaria. 2. ¿Cuál debe ser la dosis para comenzar con morfina en enfermos que están en el segundo escalón de la OMS (es decir, con opioides débiles)? Entre 30 y 60 mg de morfina oral diaria. 3. ¿Cuál es el promedio de dosis recomendado de morfina oral en 24 horas? No hay parámetros universales pero las dosis se pueden mover entre 20 y 3000 mg; la mayor parte de los enfermos no precisan más de 100 mg y sólo un pequeño porcentaje requiere dosis superiores a 200-500 mg. 4. ¿Se describe un promedio de dosis de morfina (mediana) que pueda servir de referencia? En general, no. 5. ¿Cuál es la pauta de incremento de dosis si el dolor no se controla? Las recomendaciones varían desde incrementos del 30% cada dos o tres días a subidas del 30-50% a las cuatro horas de la dosis previa si el dolor persiste. 6. ¿Se recomienda que se comience con morfina administrándola vía oral? Sí. Como resumen, se aprecia que son numerosas las guías y que no hacen recomendaciones sobre la dosis inicial, los incrementos de dosis o las posibles dosis de mantenimiento.

Comentario

Es posible que la primera reacción ante este trabajo sea de perplejidad y de cierto rechazo ante tanta diversidad. Pero

los resultados se pueden ver también desde otro punto de vista ya que permiten entrever que el modo de emplear los analgésicos no es algo rígido sino que varía en función de numerosas variables. O, dicho de otra manera, que hay muchas maneras de hacerlo bien. Este principio va en contra de directrices rígidas, mesiánicas, que parecen restringir lo que es la buena práctica a copiar el modo de trabajar de ciertos expertos. En resumen, como criterio práctico la idea sería que cualquier guía de tratamiento del dolor o de manejo de opioides debería dirigirse más a informar de cuáles son las cosas que no se deben hacer que a detallar con rigor cuál es la práctica más ortodoxa.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 05-03-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Sobre el uso de diuréticos en ascitis maligna: presentación de dos casos que muestran el valor del gradiente de albúmina entre suero y ascitis en una situación paliativa.

Husbands EL. Targeting diuretic use for malignant ascites: two case reports highlighting the value of the serum-ascites albumin gradient in a palliative setting. J Pain Symptom Manage. 2010; 39: e7-e9.

De los casos de ascitis en enfermos oncológicos, cerca de la mitad se deben a la diseminación peritoneal del tumor. Entre las demás causas se incluyen el bloqueo linfático que origina una ascitis quilosa, la insuficiencia hepática debida a la afectación tumoral o a una combinación de varias causas. Los autores comentan la importancia del gradiente de albúmina entre el suero y la ascitis. Como ejemplo describen su experiencia en dos pacientes oncológicos avanzados (uno con cáncer de páncreas y otro con un colangiocarcinoma), ambos con ascitis sin aparente respuesta a espironolactona y a los que se les había realizado paracentesis para drenar el abundante líquido ascítico. En ninguno de los casos se da información sobre la citología del líquido ascítico. En todo caso, en los dos casos el gradiente suero-ascitis de albúmina era superior a 1,1 g/l. En ambos pacientes las dosis de espironolactona se incrementaron de 50-100 hasta 200 mg/d y se asoció furosemida (20 mg/d) con lo que se alcanzó una estabilización de la ascitis que no precisó de nuevas paracentesis.

Comentario

La experiencia con diuréticos en el manejo de la ascitis producida por exudación directa del tumor es desalentadora por la falta de respuesta y por las complicaciones (deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas...). Aun así, es evidente que hay casos de enfermos oncológicos avanzados en que la ascitis sí que responde a diuréticos, probablemente porque tiene un origen mixto que incluye cierta disfunción hepática. Los autores intentan describir

cuál es el perfil de los pacientes o el dato clínico más relevante para distinguir a este subgrupo de enfermos. Es cierto que la argumentación está respaldada por una experiencia muy limitada. Aun así, estos dos casos que orientan a que el gradiente de albúmina puede tener importancia a la hora de decidir tratar con diuréticos la ascitis de los enfermos oncológicos y a que en algunos pacientes el aumento de las dosis de espironolactona (asociada a furosemida) puede ayudar a controlar una ascitis que no respondía a las dosis habituales.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 05-03-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Cumplir las expectativas de los pacientes oncológicos: relación entre satisfacción, depresión y afrontamiento.

Goldzweig G, Meirowitz A, Hubert A, Brenner B, Walach N, Perry S et al. Meeting expectations of patients with cancer: relationship between patient satisfaction, depression, and coping. J Clin Oncol. 2010; 28: 1560-5.

La satisfacción de los pacientes oncológicos es un concepto mixto que depende, principalmente, de la percepción de cumplimiento de sus expectativas. En este estudio se incluyeron 1027 enfermos oncológicos atendidos en régimen ambulatorio. En conjunto la media de edad se situaba en torno a los 55 años y cerca del 80% se encontraban en estadios no avanzados. Uno de cada tres había padecido cáncer de mama, en general diagnosticado en estadios iniciales y llevaban años de seguimiento tras el tratamiento inicial y sólo el 3% padecía cáncer de pulmón. Las expectativas y la satisfacción se centraron en cuestiones sobre la información recibida y el trato con el médico. Se emplearon también el Brief Symptoms Inventory (para el sufrimiento psicológico), la Impact of Events Scale (para valorar el tipo de respuesta a los agentes estresantes: afrontamiento o evitación), y el Mental Adjustment to Cancer (que valora los diferentes perfiles de afrontamiento: espíritu de lucha, indefensión-desesperanza, preocupación-ansiedad y aceptación fatalista). Las proporciones de pacientes que se mostraban satisfechos en las diferentes variables evaluadas del trato y la actitud del médico se situaron entre el 46% y el 60%; los niveles más bajos se encontraron en las dimensiones referidas a la participación del enfermo en el plan de tratamiento y en las explicaciones a la familia. En la regresión logística, las variables que se asociaban a una mayor insatisfacción fueron: ser mujer, la sensación de indefensión-desesperanza y la falta de espíritu de lucha.

Comentario

El estudio más que en la satisfacción se centra en la insatisfacción del paciente: en su vivencia de unas

expectativas que no se han cumplido. Los resultados están limitados por el diseño del estudio y por el perfil de los enfermos oncológicos incluidos ya que menos del 20% eran pacientes con tumores metastásicos. En todo caso, sí que ayuda a anticipar el perfil del enfermo con más probabilidades de mostrarse insatisfecho que coincide con el del paciente más blando. En la medida en que el perfil de los pacientes incluidos es el de enfermos que parece que han superado el cáncer (localizado y tratado años antes) la impresión que da es que la insatisfacción no es algo que se limite al momento del diagnóstico o del tratamiento sino que se proyecta en el tiempo como si se esperase que el sistema sanitario tuviese, siempre y en todo, que velar y solventar los problemas del enfermo.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-03-2010
Hospital Universitario del Río Hortega

Ausencia de beneficio del paracetamol en enfermos paliativos que requieren dosis altas de opioides fuertes: estudio comparativo con distribución aleatoria, doble ciego, cruzado y controlado con placebo.

Israel FJ, Parker G, Charles M, Reymond L. Lack of benefit from paracetamol (acetaminophen) for palliative cancer patients requiring high-dose strong opioids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. J Pain Symptom Manage. 2010; 39: 548-54.

En este ensayo clínico con distribución aleatoria y doble ciego se valora el efecto de una dosis diaria de 1 g de paracetamol cada 6 horas en enfermos que precisan dosis altas de opioides. En este estudio cruzado, los pacientes recibieron cinco días de paracetamol y otros cinco días con placebo. El dolor se evaluó diariamente (NRS, 0 a 10), a partir del segundo día de cada tratamiento. Se incluyeron 31 pacientes oncológicos con dolor puntuado al menos 2 sobre 10 que recibieran dosis diarias estables de opioides equivalentes a, al menos, 200 mg de morfina oral. Se admitía que recibieran analgésicos no opioides distintos del paracetamol. Se excluyeron los que presentaran dolor con un componente principal de tipo neuropático, los que padecieran fiebre y los que presentaran ictericia. Se analizaron los resultados de los 22 (71%) que completaron el estudio; 18 (82%) habían recibido paracetamol antes de entrar en el estudio. Recibían una mediana de dosis diaria equivalente de morfina oral de 255 mg. Con paracetamol la diferencia del dolor medio de los cuatro días de cada tratamiento fue 0,16 ($p = 0,60$) más leve y se administraron una media de 0,42 ($p = 0,07$) dosis extras diarias menos. Las diferencias en las puntuaciones medias de las demás variables (NRS, 0 a 10) fueron: náuseas 0,03 ($p = 0,92$), mareo 0,43 ($p = 0,14$), dificultad para razonar 0,12 ($p = 0,52$), estreñimiento 0,24 ($p = 0,40$) y sensación de

bienestar -0,21 ($p = 0,50$). No se encontró fenómeno de arrastre. 15 pacientes no percibieron diferencias entre los tratamientos, cinco prefirieron paracetamol y uno placebo.

Comentario

Los autores suponen que el posible beneficio analgésico del paracetamol empleado en el 3º escalón analgésico puede ser prácticamente indetectable cuando se emplea junto con dosis altas de opioides. Así que la pregunta que motiva el ensayo tiene relevancia clínica. Además, los resultados parecen respaldar esta hipótesis. Aun así, estos datos tienen limitaciones: la inclusión de enfermos con dolor (al menos moderado) pero que mantienen dosis estables de opioides, la inclusión de pacientes que recibieran AINEs, el número reducido de pacientes o la proporción de pérdidas (casi uno de cada tres) que no se evalúan. Además, el diferente requerimiento diario de dosis extras cercano a la significación estadística en una muestra tan reducida ($p = 0,07$) no descarta que el brazo de paracetamol estuviera requiriendo dosis algo más elevadas de opioides. Por otra parte, este ensayo no descarta un beneficio analgésico del paracetamol cuando se emplea junto con dosis discretas de opioides fuertes.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-03-2010
Hospital Universitario del Río Hortega
