

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



5ª Entrega. Marzo 2001.

INDICE

Articulo	Pag.
Utilización de bifosfonatos para control del dolor por metástasis óseas: directiva basada en la evidencia para cuidados paliativos.	1
Final de la Vida: ¿puede ser confortable?	1
La Realidad de los Cuidados Paliativos en España.	2
¿Un hilo común? Desarrollo de programas de Cuidados Paliativos en siete países europeos.	2
Prevalencia del distrés psicológico según localización del cáncer.	3
“Alguien que cuida”: Una Investigación Cualitativa sobre las experiencias de Psicoterapia en Pacientes con Cáncer.	4
Alucinaciones visuales: Estudio de prevalencia realizado entre pacientes ingresados en hospicio.	4

Utilización de bifosfonatos para control del dolor por metástasis óseas: directiva basada en la evidencia para cuidados paliativos.

Mannix K, Ahmedzai SH, Anderson H, Bennett M, Lloyd-Williams M, Wilcock A. Using bisphosphonates to control the pain of bone metastases: evidence-based guidelines for palliative care. Palliative Medicine 2000; 14: 455-461.

Los bifosfonatos inhiben la resorción de hueso y en casos de metástasis óseas han demostrado capacidad de reducir a largo plazo la intensidad del dolor y la incidencia de complicaciones esqueléticas, especialmente en el cáncer de mama y en el mieloma.

Se presentan unas recomendaciones sobre bifosfonatos para Cuidados Paliativos basadas en los niveles de evidencia científica actuales. El estudio ha sido realizado por el Comité Científico de la Sociedad de Medicina Paliativa de Gran Bretaña e Irlanda (APM) dirigido por S. Ahmedzai. El valor de estos fármacos en el tratamiento del dolor óseo a corto plazo continúa bajo evaluación. Hasta ahora escasos estudios se habían centrado directamente en la eficacia analgésica inmediata. Se trata de un punto clave para el empleo de los bifosfonatos en cuidados paliativos ya que en muchos casos la expectativa de vida con la que se trabaja es corta.

El trabajo recoge unas recomendaciones concretas sobre el uso de bifosfonatos para enfermos con cáncer atendidos en programas de cuidados paliativos. Entre otras, destacan las siguientes:

- los bifosfonatos tienen un papel en el manejo del dolor óseo metastático.
- se pueden utilizar para paliar el dolor por metástasis de cualquier tipo de tumor, no sólo cáncer de mama o mieloma.
- deben emplearse cuando el dolor es refractario a la medicación analgésica convencional y cuando los tratamientos ortopédicos u oncológicos se retrasan o no son convenientes.
- resulta adecuado repetir la pauta previamente utilizada para aquellos pacientes con respuesta al tratamiento pero sólo cuando el dolor recurra.

Se calcula que entre el 40-60% de los pacientes con metástasis óseas mejoran su dolor óseo. No es habitual un alivio completo de dolor. La respuesta analgésica aumenta a lo largo de dos semanas después del tratamiento y, en el caso del pamidronato, se mantiene al menos durante 8 semanas. La duración del efecto analgésico del clodronato es menor.

Comentario

Era necesaria alguna orientación sobre los bifosfonatos en enfermos en fase avanzadas y la difusión de los que es uno de los avances más importantes que en oncología y medicina paliativa se ha cosechado recientemente para el tratamiento de los problemas derivados de las metástasis óseas. El artículo aporta unas recomendaciones valiosas de acuerdo con el estado actual de conocimientos. En este campo se sigue avanzando a fuerza de investigación y las

conclusiones seguro que se irán ampliando en el futuro inmediato. Conviene señalar que las pautas con bifosfonatos recomendadas en este artículo precisan todas de infusión intravenosa del fármaco. Sin embargo para enfermos que permanecen en el domicilio ya se han propuesto alternativas con clodronato en infusión subcutánea de una o dos horas, a las mismas dosis que por vía venosa y con similar eficacia. La utilización de nuevos y más potentes bifosfonatos en el cáncer, como el alendronato, risedronato y zolendronato está en estudio. En la actualidad, se debe considerar sistemáticamente la administración habitual de clodronato o pamidronato para pacientes en programas de cuidados paliativos dado el importante beneficio que conllevan y que se encuentra firmemente establecido. Es bueno conocer que los bifosfonatos precisamente por su capacidad de reducir la osteolisis, prevenir fracturas y mitigar el dolor óseo son utilizados por algunos equipos de un modo más sistemático, con administración mensual o cada tres semanas hasta prácticamente el fallecimiento del paciente con metástasis óseas.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 01-03-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Final de la Vida: ¿puede ser confortable?

Sanz Ortiz J. Final de la Vida: ¿puede ser confortable?. Med Clin (Barc) 2001; 116:186-190

Hasta hace apenas unas décadas, eran pocos y leves los problemas éticos relacionados con el inicio y final de la vida. Las situaciones de "enfermedad crónica terminal" no eran frecuentes y el "fervor eutanásico" no existía. La asistencia sanitaria plantea en la actualidad cada vez más problemas, que no están sólo relacionados con la vertiente médica, sino también, y de manera muy intensa con el mundo jurídico y el complejo mundo de los valores éticos. Este trabajo desglosa el problema del final de la vida en diferentes apartados que sucesivamente se van analizando: el diagnóstico de la situación terminal, el respeto a la autonomía del paciente, las verdaderas dimensiones del problema, la moralidad de "matar" o "dejar morir" y el "no poner" o "quitar" tratamientos, el principio de doble efecto y el suicidio asistido y la eutanasia activa, facilita su comprensión y el planteamiento de la solución. Partiendo de la premisa de que "no hay vidas sin valor" y una vez constatado que la enfermedad es irreversible, progresiva, y resistente a los tratamientos disponibles, la toma de decisiones puede seguir el esquema que en un extremo encuentra el tratamiento activo mantenido y el encarnizamiento terapéutico (distanasia) y en el extremo opuesto la eutanasia activa directa. Entre ambos podemos recorrer posiciones intermedias siempre más prudentes y beneficiosas para todos los afectados. En primer lugar partiendo del extremo derecho es conveniente aprender a

identificar cuando la enfermedad es progresiva y resistente al tratamiento. Donde establecer el límite del esfuerzo terapéutico. En oncología este evento no se reconoce en ocasiones. Después de admitir la primera premisa el siguiente paso es eliminar las medidas extraordinarias, y por último abrir el abanico de prestaciones de la medicina paliativa que permite el fallecimiento en el hogar si el enfermo así lo decide. La prudente aplicación del principio de doble efecto (adistansia) cuando las circunstancias lo determinen permite tener una muerte confortable en la mayoría de las ocasiones. La alternativa propuesta si bien no resuelve todos los casos que pueden presentarse, sí beneficia al 99% de los afectados. Los fundamentos de la medicina paliativa son tan antiguos como la existencia del ser humano. Paradójicamente en vez de quedar obsoletos por su antigüedad han pasado a un primer plano. Los modernos conocimientos en cuidados paliativos deben incorporarse en los programas de formación continuada de los profesionales sanitarios y a la formación en el pregrado. La medicina siempre ha tenido más desafíos que conquistas en su haber. Nos queda conocer la respuesta a la pregunta: ¿será necesario plantear el suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria cuando los programas de la medicina paliativa sean universales?

Se concluye en este trabajo con las siguientes recomendaciones:

1. Incorporar la muerte a la vida y dejar de considerar la medicina como algo que consiste en que la gente no se muera.
 2. Disminuir las peticiones de eutanasia activa voluntaria evitando el ensañamiento terapéutico (distanasia) y la futilidad terapéutica.
 3. El médico es un profesional formado para cuidar y conservar la vida, no para destruirla. El bien jurídico protegido siempre es la vida.
 4. El último acto de la vida (como todos los demás) debe ser protagonizado por la propia persona respetando sus prioridades, valores y proyecto de vida.
 5. Nadie debe morir con dolor y nadie debe morir solo. Nunca debe faltar el calor de una mano amiga.
 6. Evitar sufrimiento inducido. Todos los síntomas deben estar tratados por profesionales capacitados en medicina paliativa.
 7. La atención debe prestarse según la preferencia del enfermo en domicilio u hospital.
 8. La sedación, en los casos difíciles, permite contener los síntomas y facilita el acto de morir respetando todas las normas éticas, médicas, judiciales, y legales.
 9. La moderna Medicina Paliativa puede atender las necesidades del paciente moribundo y sus allegados con eficacia, efectividad y eficiencia.
- Con cobertura del 100% en cuidados paliativos no será necesario introducir nuevas figuras legales (suicidio asistido y/o eutanasia activa voluntaria), ni por la magnitud de la demanda (0,3%), ni por la dificultad de resolver con eficacia la necesidad planteada.

Otras revistas

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 02-03-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.

Universidad de Navarra.

La Realidad de los Cuidados Paliativos en España.

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

El informe que se presenta en este artículo supone el primer análisis global publicado de la situación de los cuidados paliativos en España y está basado en estos estudios nacionales Directorio de Cuidados Paliativos promovidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y realizados desde el Área de Oncología de la Universidad de Valladolid. Las encuestas nacionales se llevaron a cabo en 1996 y 1998. Otro trabajo similar, actualizado con los datos del Directorio 2000, será publicado próximamente en la revista Medicina Paliativa. En 1998 se identificaron en España 143 programas. Se obtuvieron datos de localización, estructura y actividad 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

Como recoge el nuevo Directorio 2000, actualmente existen en España 206 programas específicos de Cuidados Paliativos, la mitad domiciliarios, trabajan en ellos alrededor de 2000 personas y alcanzan una cobertura del 26% para el caso de pacientes que fallecen por cáncer cada año.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 03-03-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

¿Un hilo común? Desarrollo de programas de Cuidados Paliativos en siete países europeos.

Clark D, Have H, Janssens R. Common threads?

Palliative care service developments in seven European Countries. Palliat Medicine 2000; 14: 479-490

Desde finales de los 60 se han desarrollado hospice y programas de cuidados paliativos en muchos países europeos. Hasta ahora se ha hecho incapié en el contexto nacional cuando se trata el tema del desarrollo de los cuidados paliativos. Ello ha llevado a una pérdida de la visión de conjunto. Aunque existen dificultades de índole práctica y metodológicas para establecer una comparación entre los distintos países, este trabajo intenta aportar una visión amplia de cómo se va desarrollando la medicina paliativa en Europa en conjunto. También pretende aportar unas consideraciones en orden al desarrollo futuro. Se trata de un análisis de los cuidados paliativos en 7 países europeos dedicando especial atención a los orígenes, patrones de provisión de programas, estructura de los equipos e integración con los sistemas nacionales de salud. El trabajo concluye que a pesar de los distintos procesos que se han desarrollado, los cuidados paliativos están encontrando más fácil acomodo en el sistema sanitario. Al mismo tiempo se identifican graves desigualdades entre los distintos países que pueden orientar a los políticos y responsables de planificación que trabajan con perspectiva europea.

Comentario

efectivamente el artículo no aporta todos los elementos necesarios de cada país para realizar una comparación ajustada, pero se agradece una visión global. Los datos de España se refieren al Directorio 1998, esto es, la situación de la Medicina Paliativa en España en 1997. En todo caso, la situación de los Cuidados Paliativos en otros países europeos es diversa. Fijémonos tan solo en el número de camas disponibles para Cuidados Paliativos puede aportar una primera comparación global. Si actualizamos los datos publicados por Clark con los resultados obtenidos en nuestro Directorio 2000, España ocuparía el cuarto lugar en el ratio de camas por habitante y el segundo en números absolutos. Sería interesante realizar un estudio europeo del tipo del Directorio Español para recoger simultáneamente y de un modo más cierto estos datos.

Tabla 1.
Camas de Cuidados Paliativos en 7 países europeos (modificado de Clark, 2000)

País
Camas
Camas por habitante

Reino Unido
3196
1:17866

Bélgica
358
1:28212

Suecia
298

1:29530

España
1105
1:35294

Alemania
989
1:82812

Países Bajos
119
1: 131092

Italia
30
1: 1913333

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 04-03-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Prevalencia del distrés psicológico según localización del cáncer.

Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site. Psycho-Oncology 2001; 10: 19-28

El objetivo de este estudio fue determinar prevalencia del distrés psicológico en una amplia muestra de pacientes de cáncer (n=4496). Se examinaron también las variaciones en el distrés entre 14 diagnósticos diferentes.

La muestra fue extraída de una base de datos de 9000 pacientes que cumplieron el Brief Symptom Inventory. Se obtuvieron datos relevantes para cada caso, como edad, diagnóstico, sexo, tipo de seguro, estado civil, raza y código postal. Se calcularon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y variabilidad. Se llevó a cabo un análisis de regresión univariado y múltiple para examinar las relaciones entre estas variables relevantes y el distrés psicológico.

La prevalencia de distrés para esta muestra fue del 35,1%, variando entre un 43,4% para los pacientes de cáncer de pulmón y un 29,6% para los cánceres ginecológicos. Mientras que algunas tasas eran significativamente diferentes, los diagnósticos con peores pronósticos y mayor carga para los pacientes provocaron tasas similares de distrés.

El cáncer pancreático producía las mayores puntuaciones medias para síntomas tales como ansiedad y depresión, mientras que los pacientes con Linfoma de Hodgkin presentaron las mayores puntuaciones medias en hostilidad. Los resultados apoyan la necesidad de identificar pacientes de alto riesgo por medio de un screening psicosocial con el fin de ofrecer intervención en etapas tempranas.

Comentario

Este estudio viene a confirmar otros realizados anteriormente como el clásico de Derogatis, 1983 sobre niveles de estrés emocional en pacientes diagnosticados de cáncer. A pesar de que no consigue encontrar correlaciones importantes entre las variables sociodemográficas y el estrés psicológico, presenta puntos interesantes para futuras investigaciones. Por una parte subraya que es erróneo asumir que los pacientes de cáncer son un grupo homogéneo en cuanto a su respuesta de estrés ante la enfermedad. Ciertos tipos de cáncer conllevan asociados sentimientos o componentes emocionales muy diferentes. Por todo, es importante llevar a cabo screening psicosocial que pueda identificar pacientes con riesgo de experimentar elevados niveles de estrés ya que, como afirman los autores, el fallo en detectar y tratar estos niveles, limita los resultados de las terapias cancerosas, disminuye la calidad de vida de los pacientes y aumenta los costes sanitarios.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 05-03-2001
Clínica Universitaria de Navarra

“Alguien que cuida”: Una Investigación Cualitativa sobre las experiencias de Psicoterapia en Pacientes con Cáncer.

Maccormack T, Simonian JO, Lim J, Remond L, Roets D, Dunn S, Butow Ph. “Someone Who Cares”: A Qualitative Investigation of Cancer Patients’ Experiences of Psychotherapy. Psycho-Oncology 2001; 10: 52-65

A pesar de que es conocida la eficacia de la psicoterapia en pacientes con cáncer, existen datos limitados de investigación sobre cuáles son los elementos de la terapia que los pacientes consideran más efectivos. Para explorar este concepto, se entrevistó a pacientes diagnosticados de cáncer diseminado a los que se había ofrecido dos formas diferentes de psicoterapia individual como parte de un estudio más amplio. Las entrevistas se transcribieron y analizaron utilizando la “teoría fundamentada (grounded theory)”, un método de investigación cualitativo. El objetivo fue explorar la experiencia de pacientes respecto a psicoterapia desde su perspectiva y determinar qué elementos comunes de ambos acercamientos consideraron como más beneficiosos. Los resultados indicaron que los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual tuvieron experiencias similares que aquellos que recibieron un tipo de terapia de relajación que incluía un tiempo para conversación no específica, centrada en el paciente. Algo fundamental en las experiencias de los participantes era la oportunidad que les habían ofrecido ambos tipos de terapia para establecer una relación en la que podían compartir

libremente sus pensamientos y sentimientos con alguien que parecía genuinamente interesado en comprender sus experiencias. Estos resultados sugieren que la perspectiva de los pacientes oncológicos puede añadir aspectos muy importantes a nuestra comprensión de la psicoterapia individual.

Comentario

De este estudio extraemos una idea significativa para la psico-oncología: los pacientes consideraron que el aspecto más importante de la psicoterapia que recibieron fue la simple oportunidad de poder hablar libremente con alguien interesado por sus preocupaciones. Los pacientes necesitan un espacio para poder explorar y expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones, fuera del ámbito familiar y de amistades. Sin embargo, una de las limitaciones más importantes de la investigación, además del reducido tamaño de la muestra (n=14), es que a pesar de que los pacientes identificaran como beneficiosa esa conversación, pudiera no ser lo terapéutico en realidad y por tanto no indica necesariamente la psicoterapia más efectiva.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 06-03-2001
Clínica Universitaria de Navarra

Alucinaciones visuales: Estudio de prevalencia realizado entre pacientes ingresados en hospicio.

Fountain A. Visual Hallucinations: a prevalence study among hospice inpatients. Palliative Medicine 2001; 15: 19-25

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de alucinaciones visuales entre pacientes de un hospicio. Como objetivo secundario pretendía también establecer la prevalencia de posibles factores de riesgo en pacientes con alucinaciones.

Las alucinaciones se definieron como la referencia dada por el enfermo de haber percibido visualmente algo en ausencia de estímulo externo. También como la observación suministrada por el médico o un cuidador de haber visto interacción del paciente mediante palabras u otro tipo de acciones con una persona u objeto no presente. Se estudió la existencia de alucinaciones en el mes previo en un centenar de pacientes consecutivos en el momento de su ingreso. Mediante una entrevista semiestructurada se investigaron los posibles factores de riesgo: toma de opiodes, toma de otros fármacos que pueden provocar alucinaciones, metástasis cerebrales, hepáticas, pulmonares y óseas, insuficiencia renal, enfermedad en los ojos, enfermedades degenerativas del SNC, alteración psiquiátrica, epilepsia. Todos los pacientes fueron explorados para función cognitiva mediante Minimental.

Casi la mitad de los pacientes (47%) habían experimentado alucinaciones en el último mes. Las alucinaciones hipnagógicas o hipnapómbicas de una persona de pie junto a la cama fueron el tipo más frecuente referido. La presencia de alucinaciones no se ha podido relacionar estadísticamente con menos o mayor supervivencia. Las alucinaciones fueron más frecuentes entre los pacientes que tomaban opiodes pero la asociación encontrada entre las dos variables no fue muy intensa. También se ha relacionado con la toma concomitante de mayor número de fármacos con capacidad de provocar alucinaciones.

Comentario

Este trabajo contradice la mentalidad ampliamente extendida de que las alucinaciones en pacientes terminales son relativamente infrecuentes, como por ejemplo el mismo G. Hanks afirma en el Oxford. Además sólo se han estudiado la existencia de posibles alucinaciones visuales. No debe olvidarse de que algunos pacientes experimentan también alucinaciones auditivas o táctiles. Para los que trabajan con pacientes terminales es importante conocer este hecho y saber que muchos pacientes no hablan de alucinaciones por miedo a que se piense que se están volviendo locos. Al tiempo, les conforta verse interpelados sobre este tipo de fenómenos hasta ese momento casi siempre no experimentados, y que les da oportunidad de verse escuchados, comprendidos y tranquilizados. Quien habitualmente no constata la existencia de alucinaciones en su práctica con enfermos terminales debería plantearse si explora y escucha a sus pacientes de modo adecuado. Aunque este trabajo no ha podido establecer una relación firme entre consumo de opiodes y alucinaciones sí está descrita en múltiples casos en la literatura. No debe olvidarse que las alucinaciones pueden verse en el conjunto de un cuadro de neurotoxicidad inducida por opiodes. Por último este trabajo es un buen ejemplo de estudio realista, bien planteado, con un diseño correcto, resultados sorprendentes (para muchos) y conclusión provechosa.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 07-03-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.