

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



6ª Entrega. Junio 2001.

INDICE

Articulo	Pag.
La Gabapentina como analgésico.	1
Cuidados Paliativos en Italia en el nuevo milenio.	1
El Sistema Nacional de Salud italiano y la atención a los terminales.	2
Prevalencia y características del dolor repentino en enfermos oncológicos en un Hospice.	3
Estudio randomizado y cruzado entre fentalino transdérmico y morfina de liberación prolongada en el tratamiento de dolor crónico no oncológico.	3
Uso de bifosfonatos para el tratamiento del dolor óseo metastásico. Encuesta sobre médicos paliativistas del Reino Unido.	4
Estrategias para el tratamiento de los efectos secundarios de la morfina oral. Informe basado en la evidencia.	4
Disminución de la eficacia de los bisfosfonatos en las recurrencias de la hipercalcemias tumorales.	5
Estudio cruzado, doble ciego, entre metoclopramida de liberación prolongada y placebo en náusea crónica y dispepsia en cáncer avanzado.	5
Metilfenidato: farmacología y empleo	6
Nutrición Parenteral y Cuidados Paliativos.	6
Utilidad de un cateter "pig-tail" para el drenaje paliativo de los derrames pleurales malignos en pacientes cancerosos.	7
Delirium en el paciente oncológico terminal. Estudio prospectivo con rastreo diario, diagnóstico precoz y monitorización continuada.	7
Comprender la experiencia del dolor en enfermos terminales.	8
Factores de riesgo de estertores agónicos en pacientes con cáncer terminal: Un estudio exploratorio prospectivo.	8
Terapia psicológica adyuvante para pacientes oncológicos: situándola al mismo nivel que las terapias médicas adyuvantes.	9
Impacto psicosocial del hallazgo de mamografías anormales y su influencia en revisiones posteriores.	10
Empleo de pilocarpina en la xerostomía inducida por opioides	10

La Gabapentina como analgésico.

Rocafort J, Viguria J. Gabapentine as an analgesic. Eur J Palliat Care 2001; 8: 54-6

En este trabajo se revisan los trabajos publicados sobre el uso de la Gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático. Aunque los antiepilépticos y los antidepresivos tricíclicos han sido muy utilizados en cuidados paliativos como adyuvantes en el tratamiento del dolor neuropático, la mayoría de los estudios se han realizado en pacientes con neuralgia postherpética y neuropatía diabética y no en dolor por cáncer. En los últimos años, con la misma indicación, se vienen utilizando nuevos anticomiciales como la gabapentina.

Las principales características farmacocinéticas de la gabapentina serían las siguientes:

- No interacciona con otros medicamentos, excepto con los antiácidos.
- No tiene metabolismo hepático, por lo que mantiene un margen de seguridad en pacientes con insuficiencia hepática, cardíaca y respiratoria.
- La comida no varía su absorción ni su biodisponibilidad.
- Se elimina por vía urinaria por lo que es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal.

Se aconseja iniciar el tratamiento con 300 mg/noche e incrementar hasta 900-3000 mg, repartidos en tres tomas. Los efectos secundarios más frecuentes son la somnolencia, mareo y ataxia, que aparecen en el 50% de los pacientes, pero raramente obligan a suspender el tratamiento.

Comentario

Aunque existen algunas comunicaciones presentadas en congresos, hasta ahora solo hay un estudio publicado que avale su efectividad en dolor neuropático por cáncer. Los autores de la revisión subrayan que son necesarios estudios multicéntricos que demuestren estadísticamente la eficacia y seguridad de la gabapentina en pacientes oncológicos, con dolor neuropático.

European Journal of Palliative Care

Revisor: Silvia Hernansanz de la Calle, 01-06-2001
Equipo de C. Paliativos Domiciliario AECC-SACYL

Cuidados Paliativos en Italia en el nuevo milenio.

Corli O. Palliative Care in Italy in the new millennium. Eur J Palliat Care 2001; 8: 58-60

El desarrollo de los CP en Italia, tras 20 años de crecimiento espontáneo moderado, ha tenido un resurgimiento espectacular en los últimos tres años. Esto ha sido debido a dos factores: a) una mayor conciencia de los problemas relacionados con el paciente terminal y una

mayor preocupación por la organización de centros capaces de proporcionar cuidados a este tipo de pacientes, b) la percepción, por parte de la clase política, de la necesidad de establecer una legislación y financiación específicas para CP. Para analizar la situación en la que se encontraban los CP se pensó en la elaboración de un directorio como herramienta útil para la identificación de los servicios de CP existentes. Para ello se llevó a cabo una encuesta, entre los departamentos regionales de la Sociedad Italiana de CP (SICP) con el objetivo de identificar en cada una de las áreas los servicios de CP, instituciones tipo hospice y ONG, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Los datos recibidos fueron separados en dos grupos: los relacionados con servicios de paliativos y los relacionados con ONG's. La SICP y la Federación de CP se encargaron respectivamente de la revisión y cruzado de datos.

Como resultado de este trabajo se ha publicado, en noviembre de 2000 el Directorio de Servicios, Hospices y ONG's disponibles en Italia para CP. Se identificaron, en junio de 2000, un total de 137 Servicios de CP, dentro del SNS y 131 ONG's (con 61 equipos de atención domiciliaria directa). Esto supone que existen en total 198 equipos en Italia trabajando en CP. De los 137 servicios de CP, 129 son de carácter público y 8 privados. La mayoría están ubicadas en centros hospitalarios (116). Se han registrado 16 Sistemas Integrales de CP.

La principal función de las ONG's consiste en el reclutamiento y entrenamiento de voluntarios, si bien estas organizaciones también financian programas de CP dentro del SNS. Además tienen equipos de atención domiciliaria propios. Las ONG's tienen en proyecto la adecuación de los Hospices de su propiedad a los nuevos requerimientos oficiales y la cesión de algunos de ellos al SNS para su gestión.

Aunque la filosofía de los hospice no había calado en Italia en los últimos 20 años, en el último lustro la situación ha cambiado. En este estudio se han identificado 23 hospices que disponen de 233 camas para pacientes terminales (por el contexto no se trata de cebros monográficos como los Hospice británicos, más bien son Unidades de Cuidados Paliativos ubicadas en Hospitales a las que denominan Hospice). De éstos, 16 pertenecen al SNS y 7 a las ONG's. En el futuro se dispondrá de otros 20 hospices más (17 SNS y 3 ONG's) con otras 224 camas. Según esto en 2001 Italia contará con 43 hospices y 457 camas para pacientes terminales.

Los autores recalcan las diferencias interterritoriales, especialmente la norte-sur. Así la distribución de recursos es de un 64,4% en el norte, 18,6% en el centro, 10,6% en el sur y 6,4% en las dos grandes islas Sicilia y Sardinia.

En último lugar comparan los resultados con una encuesta previa realizada en 1995 y describen un aumento de las UCP's de 169 a 198, de los que 129 están dentro del SNS, 8 en el sector privado y 61 en el sector terciario. Si bien las ONG's han incrementado su número total, las que disponen de asistencia clínica han descendido de 69 a 61. Pero lo que ha marcado la gran diferencia en los últimos cinco años han sido el número de hospices, que han pasado de 3 a 43. La ubicación de las unidades no ha variado y siguen localizándose en las instituciones hospitalarias.

La universidad sigue sin ofrecer formación de postgrado y los médicos que trabajan en CP, en su mayoría, tienen formación previa en anestesiología y oncología. El directorio

de Servicios de CP está disponible en la red en <http://www.sicp.it/ind/ita.htm>.

Comentario

Estudio italiano similar al que en España viene promoviendo la SECPAL desde 1997. Los Directorios de programas y servicios se han demostrado instrumentos útiles para conocer y difundir la realidad de los CP. El número total de programas y de camas de cuidados paliativos es sensiblemente inferior al de España, siendo Italia muy superior en población. No se aportan datos de cobertura que sirven para calibrar la magnitud de la aportación de los cuidados paliativos. En España la cobertura de los cuidados paliativos se estima superior al 23% en lo que se refiere a pacientes que fallecen por cáncer cada año.

European Journal of Palliative Care

Revisor: Luis Alberto Flores Pérez, 02-06-2001
Centro de Salud Medina del Campo - Urbano

El Sistema Nacional de Salud italiano y la atención a los terminales.

Zucco F, Welshman A. The National Health Service and the care for the dying. Eur J Palliat Care 2001; 8: 61-5

En este artículo los autores exponen cómo la estructura política italiana ha contribuido al desarrollo de los servicios para los pacientes terminales. Para comprender lo que está sucediendo en relación a los CP es necesario describir, no solamente los servicios sociales y sanitarios, sino el contexto político. Al parecer la República Italiana tiene previsto unificar los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales en un único superministerio. El presupuesto del SNS para 2001 es de 65 billones de euros, a repartir entre las 21 regiones. Este nuevo ministerio en un intento de descentralizar la sanidad, establecerá directrices generales y cada región promueve sus leyes más específicas. Como consecuencia de esta descentralización, no existe un único modelo de atención al enfermo terminal. La autoridad sanitaria regional cuenta a su vez con 200 autoridades sanitarias locales. Cada una de estas áreas se subdivide en distritos que están dirigidos por un director médico del que dependen los médicos generales.

Los centros sanitarios hospitalarios pueden ser: hospitales públicos, privados e instituciones académicas (Institutos de Investigación Científica y Hospitales Universitarios). Los hospitales públicos, según la región a la que pertenezcan, son gestionados directamente por la autoridad sanitaria local o por un grupo financiero independiente. El estado italiano está recomendando a las regiones reducir el número de hospitales con el objetivo de reducir el número de camas a 5,5 por 1000 habitantes (4,5 de agudos y 1 para

crónicos y rehabilitación). Este proceso de conversión resulta de gran importancia para el desarrollo de los CP ya que permite reconvertir algunas estructuras existentes en Unidades de CP.

Para completar el panorama de las estructuras sanitarias, se hace mención a las residencias. Se las define como centros que acogen pacientes incapaces de cuidar de sí mismos o que carecen de cuidadores. Este tipo de residencias se gestionan de forma privada, privada con fondos públicos (concertada) o pública. En su mayoría están gestionadas por auxiliares de clínica y personal no sanitario y carecen de suficiente apoyo médico y de enfermería. Existen discrepancias entre regiones en cuanto a la capacidad de manejo de enfermos terminales por parte de estas instituciones.

Otro cambio que puede ser positivo para el desarrollo de los CP referido a los profesionales médicos es el establecimiento, dentro del salario que el Área Sanitaria Local establece, de una cantidad fija por cada visita domiciliaria a un enfermo terminal. Sin embargo los autores destacan el problema de la atención continuada, a los enfermos terminales, fuera del horario de consulta y días festivos o periodos vacacionales.

Hasta 1998 Italia carecía de leyes específicas que regularan el desarrollo de los Cuidados Paliativos. A partir de dicho año se han promulgado las siguientes leyes:

Plan Sanitario Nacional 1998-2000

Acuerdo colectivo nacional para médicos generales 2000

Directrices nacionales para la atención domiciliaria del paciente oncológico

La nueva legislación junto con la Comisión Nacional de Cuidados Paliativos creada en diciembre de 1998 ha permitido que se disponga de una financiación que permitirá crear, al menos, un hospice en cada región italiana. Los autores concluyen lamentando la incongruencia de haber rechazado la introducción de los CP como asignatura universitaria después de haber demostrado tal sensibilidad política por los CP. Esta falta de formación específica reglada representará un problema aún mayor si las expectativas de creación de nuevas unidades y hospices se llegan a cumplir.

Comentario

Los autores presentan el marco actual en el que se desenvuelven los CP en Italia, destacando la gran evolución de los últimos tres años. El apoyo político y financiero, a través del Plan Sanitario Nacional, del Acuerdo colectivo para médicos generales y de las Directrices nacionales para la atención a los enfermos terminales, y la creación de una Comisión Nacional de CP ha facilitado enormemente el desarrollo de los CP en Italia y en el nuevo siglo con unas envidiables perspectivas. En España en Diciembre se presentó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, única manifestación pública realizada hasta la fecha por la autoridad sanitaria respecto a los Cuidados Paliativos. No

consta si esta declaración de intenciones será seguida, como en Italia, de otras medidas legislativas y presupuestarias.

European Journal of Palliative Care

Revisor: Silvia Hernansanz de la Calle, 03-06-2001
Equipo de C. Paliativos Domiciliario AECC-SACYL

Prevalencia y características del dolor repentino en enfermos oncológicos en un Hospice.

Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a Hospice. J Pain Symptom Manage 2000; 20: 87-92

Hasta el 40-90% de enfermos con cáncer avanzado padecen episodios repentinos de exacerbación del dolor. Este porcentaje crece con el deterioro físico y con la progresión del tumor. Este dolor irruptivo de cualquier causa es especialmente difícil de controlar y se convierte en muchos pacientes en un riesgo de desajuste en la dosis de opioides.

Los autores presentan un estudio en que se analizan de manera prospectiva el número y las causas de dolor crónico e irruptivo en 414 enfermos oncológicos que ingresaron en un "Hospice". 33 pacientes no fueron incluidos por diversas causas (confusión, demencia, agonía), por lo que los datos se refieren a 381 enfermos. El diagnóstico fue: cáncer de pulmón (27%), cáncer de mama (9%), cáncer de próstata (9%), metástasis de origen desconocido (9%) y otros tumores (46%). En total, 245 pacientes refirieron algún tipo de dolor (1 a 5 dolores por paciente); de los 136 que no lo refirieron, el 79% recibía tratamiento con opioides. De los 245 con dolor, 218 (89%) refirieron algún tipo de dolor repentino (1 a 5 dolores por paciente). Las características del dolor fueron similares en el dolor crónico y en el repentino tanto en origen (tumor 70%, tratamiento 10%, otro 20%) como en fisiopatología (somático 45%, visceral 30%, neuropático 10%, mixto 15%). En intensidad, el dolor irruptivo fue algo más severo. El lugar de origen más frecuente del dolor repentino fue el abdomen (30%). El 11% de los dolores irruptivos no tuvieron relación con el dolor crónico del mismo paciente.

El número de episodios diarios de dolor repentino en los que lo padecieron osciló entre 1 y 14 (mediana 4). En la mayoría de los casos la aparición era impredecible; sólo en el 17% de los casos coincidía con el descenso del efecto del analgésico pautado. Tres de cada cuatro dolores irruptivos duraron menos de media hora; en general, el dolor de tipo neuropático fue el más breve. En la mayor parte de los casos los dolores repentinos se aliviaron con analgésicos (principalmente morfina) y/o reposo. La presencia de dolor repentino se asoció a una menor satisfacción con el control del dolor; únicamente el 25% de los enfermos con episodios de dolor irruptivo refirió encontrarse satisfecho en

comparación con el 68% entre los que no los padecieron.

Comentario

El dolor repentino en todas sus variantes es un reto de la Medicina Paliativa. En la medida en que la industria farmacéutica impulse nuevos medios para su tratamiento (como fentanilo oral transmucosa) es probable que crezca el interés tanto en estudiarlo con más detalle (fisiopatología, incidencia, intensidad) como en difundir medios adecuados y accesibles para su tratamiento.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 04-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Estudio randomizado y cruzado entre fentanyl transdérmico y morfina de liberación prolongada en el tratamiento de dolor crónico no oncológico.

Allan L, Hays H, Jensen NH, Le Polain de Waroux B, Bolt M, Donald R, Kalso E. Randomised crossover trial of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine for treating chronic non-cancer pain. Br Med J 2001; 322: 1-7

La mayor parte de los fármacos incluidos en el tercer escalón de la escalera analgésica OMS han mostrado su eficacia en el control del dolor en enfermos oncológicos. Sin embargo, la experiencia del uso de opioides en el dolor no oncológico es mucho menor. Los autores presentan los resultados de un estudio randomizado que compara fentanilo transdérmico y morfina de liberación prolongada en el tratamiento de dolor crónico no oncológico.

En la mitad de los pacientes incluidos el dolor era puramente nociceptivo, en una cuarta parte neuropático y en el resto, mixto; el origen era traumático en casi un 30%, mecánico o degenerativo en un 35%, pero no hay datos de los demás pacientes. Tras emplear en todos ellos morfina oral para ajustar la dosis, los 256 pacientes se distribuyeron de manera aleatorizada entre los dos tratamientos. Se siguió un diseño cruzado en el que al cabo de cuatro semanas pasaban a recibir el otro fármacos. En conjunto, el porcentaje de enfermos que consiguen un control del dolor bueno o muy bueno es mayor con fentanilo que con morfina (40% vs 19%). Pero en ambos casos hay un 25% de enfermos en los que no se alcanza ni siquiera una respuesta moderada. A pesar de que tanto los pacientes como los investigadores refieren que el control del dolor fue inferior con morfina, el aumento de la dosis de este opioide fue inferior que el que se llevó a cabo con fentanilo (8% vs 44%). Hay un 7% más de pacientes que abandonan el tratamiento con fentanilo por los efectos secundarios, tal vez debido a que los del brazo de morfina se habían podido acostumbrar al fármaco durante la fase previa de ajuste de

dosis. Por lo demás, hay cierto equilibrio entre los dos brazos en cuanto a efectos secundarios. Globalmente, sólo el 3% de los pacientes padecieron toxicidades graves (en ningún caso letales). El estreñimiento fue mayor con morfina oral (48% vs. 29%), mientras que tanto las náuseas como la sensación de mareo fueron más frecuentes con fentanilo. Casi la mitad de los enfermos con fentanilo presentaron algún tipo de problema local en relación con el parche, pero de escasa importancia.

Comentario

El diseño del estudio permite que en el caso del fentanilo se asocie un beneficio por el efecto de la rotación de opioides. Asimismo, no queda claro por qué en el brazo con peor control del dolor la escalada de dosis fue tan limitada. En todo caso, este estudio respalda de nuevo que los opioides mayores son eficaces en el control del dolor crónico de origen no tumoral. Y los resultados, que son parecidos a los de estudios en enfermos oncológicos, reiteran también la eficacia del fentanilo transdérmico.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 05-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Uso de bifosfonatos para el tratamiento del dolor óseo metastásico. Encuesta sobre médicos paliativistas del Reino Unido.

Johnson IS. Use of the bisphosphonates for the treatment of metastatic bone pain. A survey of palliative physicians in the UK. Palliative Medicine 2001; 15: 141-147

Se trata de un estudio realizado a través de una encuesta por correo entre todos los médicos de cuidados paliativos (n=234) identificados en el Directorio del Reino Unido de 1999. El objetivo del estudio fue conocer cómo se utilizan en la práctica los bifosfonatos en el Reino Unido en los equipos de cuidados paliativos para casos relacionados con metástasis óseas. El índice de respuestas obtenido fue del 85%. La mayoría (90%) utiliza bifosfonatos para tratamiento de dolor óseo metastásico y solo 40% para prevenir complicaciones esqueléticas como dolor o fracturas. Los tumores tratados más constantemente (70-85%) son mama, mieloma y próstata. Un 51% de los médicos también utiliza bifosfonatos para tratar metástasis dolorosas de otros tumores primarios. Pocos médicos (6%) reconocen los bifosfonatos como "muy efectivos", aunque son mayoría (75%) los que afirman que son "bastante efectivos" y casi nadie dice que no sean eficaces. El pamidronato es ampliamente preferido (144/165) sobre el clodronato (21/165). La administración intravenosa está generalizada. Casi nadie utiliza ya regímenes de clodronato oral. Tampoco se refiere uso de clodronato subcutáneo. Las pautas son de lo más variadas aunque la más extendida (45%) es 90

mg de pamidronato iv cada 4 semanas o 1500 mg de clodronato cada 3 ó 4 semanas. Hay unanimidad (71%) en afirmar que se necesitan al menos 3 meses de tratamiento para valorar la respuesta como positiva o negativa. El autor refiere en la discusión que la Guía de la Sociedad Británica de Cirugía Oncológica, de 1999, recomienda el uso de regímenes de pamidronato mensual con la indicación de dolor óseo severo en cáncer de mama. Recuerda que entre los hematólogos está extendido el uso profiláctico precoz de bifosfonatos en el caso de mieloma y que ya se está extendiendo también para tratar del mismo modo el cáncer de mama con metástasis óseas. En el artículo se recogen diversas consideraciones sobre la repercusión económica del empleo de bifosfonatos.

Comentario

Recientemente se ha publicado en la misma revista - Palliative Medicine- una Guía terapéutica del Comité Científico de la Sociedad de Cuidados Paliativos del Reino Unido (ver referencia y resumen del artículo en una entrega anterior de la Biblioteca Telemática). En ella ya se recomienda el uso de bifosfonatos para dolor óseo metastásico de cualquier primario cuando el dolor es refractario a la medicación analgésica convencional y cuando los tratamientos oncológicos u ortopédicos se retrasan o no son convenientes. También la Sociedad Americana de Oncología (ASCO) acaba de publicar su guía sobre el uso de los bifosfonatos en cáncer de mama y aunque recomienda que no deberían desplazar otras alternativas como la escalera analgésica o la radioterapia, les reconoce un modesto beneficio en el control del dolor, sobre todo asociados a hormonoterapia o quimioterapia sistémica. El artículo resumido arriba evalúa cómo se ha ido incorporando en el Reino Unido el mayor y más reciente avance terapéutico en el tratamiento de las metástasis óseas a la práctica clínica habitual de los médicos paliativistas, a pesar de que algunos aspectos quedan pendientes de evaluación más definitiva. Es de suponer que para los que trabajan en ese país será una satisfacción comprobar el alto grado de consenso alcanzado en el uso de un nuevo recurso para control de síntomas. A falta de un estudio similar en nuestro entorno a cada uno nos corresponde valorar si ya hemos incorporado a nuestra práctica clínica, y en los términos correctos, el avance científico que supone el empleo de bifosfonatos en pacientes con dolor óseo metastásico.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 06-06-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Estrategias para el tratamiento de los efectos secundarios de la morfina oral. Informe basado en la evidencia.

Charny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, Mercadante S, Pasternak G, Ventafridda V. *Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol 2001; 19: 2542-2554*

Este artículo presenta un trabajo de consenso de diversos especialistas en Medicina Paliativa basado en los datos publicados en la literatura médica sobre la incidencia y el tratamiento de los efectos secundarios de la morfina oral. En resumen describe los diferentes efectos secundarios de los opioides, la frecuencia con que se presentan y los factores que pueden influir en su presentación, es decir, los derivados del paciente, del fármaco, de la vía de administración, de la dosis, del aumento de la dosis y de las interacciones medicamentosas. Se ofrecen cuatro alternativas para el tratamiento de estos efectos secundarios: reducción de dosis (mediante otros fármacos, analgésicos o coadyuvantes, radioterapia o técnicas de anestesia regional), tratamiento sintomático, rotación de opioides y cambio en la vía de administración. Así, por ejemplo, ante náuseas y vómitos es eficaz el empleo de antieméticos, el cambio de opioide o el empleo de una vía de administración parenteral. En el caso del estreñimiento, se emplean laxantes y puede ser útil la rotación de opioide (a metadona o fentanilo). Ante el adormecimiento se puede emplear un psicoestimulante, como el metilfenidato, administrar la morfina por vía subcutánea o cambiar de opioide. El delirium puede mejorar con haloperidol o benzodiacepinas y, también, con rotación de opioides. Se ha descrito mejoría de las mioclonias con baclofén o anticomiciales y con cambio de opioides. Ante el prurito, sin embargo, sólo hay datos que respaldan el efecto del tratamiento sintomático con antihistamínicos y, de manera anecdótica, con paroxetina.

Comentario

Es lógico que se ofrezcan vías para conocer y superar la traba que suponen los efectos secundarios para un control adecuado del dolor y que afecta al 10-30% de los pacientes tratados con morfina oral. Y en este caso tienen un mérito especial ya que se ha llevado a cabo por especialistas de reconocido prestigio en Medicina Paliativa. Es un paso más para superar el empirismo exclusivo y para que sean también las líneas maestras nacidas de la medicina basada en la evidencia las que respalden la práctica de la Medicina Paliativa.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 06-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Disminución de la eficacia de los bisfosfonatos en las recurrencias de la hipercalcemias tumorales.

Body JJ, Louviaux I, Dumon JC. Decreased efficacy

of bisphosphonates for recurrences of tumor-induced hypercalcemia. Supportive Care in Cancer 2000; 8 (5): 398 – 404

Los autores estudiaron 29 pacientes con tumores sólidos (14 con cáncer de mama) con hipercalcemia maligna que precisaron retratamiento con pamidronato i.v. tras una primera dosis que había resultado eficaz. De ellos 14 (7 ca. mama) precisaron una tercera dosis. El porcentaje de fracasos terapéuticos fue incrementándose: 10% en la 1ª dosis, 31% en la 2ª dosis y 85% en la 3ª dosis ($p < 0.05$). Esta pérdida de poder hipocalcemiante del pamidronato fue observada fundamentalmente en pacientes sin metástasis óseas, o con tumores no mamarios con hipercalcemias de origen humoral. El intervalo libre de hipercalcemia entre la primera y segunda dosis de pamidronato predijo adecuadamente la respuesta terapéutica a la segunda dosis – a menor intervalo libre menos posibilidad de respuesta ($p < 0.001$).

Comentario

Pequeño estudio que proporciona hallazgos interesantes que explican la pérdida de eficacia terapéutica de los bisfosfonatos. Resulta particularmente interesante la discusión de los parámetros bioquímicos y metabólicos empleados (hidroxiprolinuria, PTHrP etc.) para llegar a la conclusión de que la hipercalcemia de origen humoral es particularmente refractaria a los mismos. En estos casos la continuación de la terapia parece ser ineficaz y no contribuirá a la calidad de vida de los enfermos en situación terminal.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Juan Manuel Nuñez Olarte, 07-06-2001
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

Estudio cruzado, doble ciego, entre metoclopramida de liberación prolongada y placebo en náusea crónica y dispepsia en cáncer avanzado.

Bruera E, Belzile M, Neumann C, Harsanyi Z, Babul N, Darke A. A double-blind, crossover study of controlled-release metoclopramide and placebo for the chronic nausea and dyspepsia of advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 427-435

Según las series, del 30% al 100% de los enfermos con cáncer avanzado padecen náuseas y dispepsia de manera crónica. Aunque las causas son múltiples, en parte se deben a una disfunción vegetativa multifactorial que se manifiesta como gastroparesia con sensación de plenitud, dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos. También interviene la iatrogénica propia de fármacos como los opioides.

En este estudio se incluyen pacientes con dispepsia crónica (de más de un mes de evolución) debida al cáncer y expresada como náuseas moderadas y, al menos, otro síntoma (anorexia, saciedad precoz, sensación de plenitud, vómitos o arcadas). Los 26 pacientes se randomizaron entre metoclopramida de liberación prolongada (40 mg cada 12 horas) y placebo durante cuatro días. Al quinto día se cruzaron los tratamientos durante cuatro días más. Se permitió ajustar la dosis en el grupo con metoclopramida (desde 20 a 80 mg cada 12 horas) y administrar dimenhidrinato como antiemético de rescate en ambos grupos. Los resultados se evaluaron mediante escales visuales analógicas (de escala de 0 a 100 mm). La severidad de la náusea mejoró con metoclopramida en relación con el placebo (12 + 10 mm vs. 17 + 12 mm; $p = 0,04$). Salvo en la anorexia, en los demás síntomas se apreció una discreta mejoría con metoclopramida. No se apreciaron diferencias en las dosis de rescate necesarias ni en la incidencia de efectos secundarios. En conjunto, los pacientes refirieron un beneficio clínico discretamente mayor con metoclopramida (3,3 + 2,0 vs. 2,6 + 2,1; $p = 0,16$). De 20 pacientes que concluyeron el ensayo, 9 eligieron metoclopramida, 5 placebo y 6 no mostraron preferencias entre los dos tratamientos.

Comentario

A pesar de que el objetivo eran 30 enfermos sólo se incluyeron 26 (de los que 20 concluyeron el estudio). Además, los tratados con placebo refirieron como promedio una intensidad de náusea de 17 sobre 100 a pesar de que sólo se seleccionaron enfermos con náuseas grado 2 en una escala categórica entre 0 y 4 (que, en teoría, se corresponde con 50 en una escala de 0 a 100). Es fácil, por tanto, percibir la dificultad en la medida de este síntoma y en la generalización de los resultados. Aun así, en conjunto, la metoclopramida (en este caso, de liberación prolongada) es activa en el control de la náusea crónica y la dispepsia en enfermos con cáncer avanzado. No obstante este efecto es limitado. Como señalan los autores, se podría ampliar el estudio a otros agentes, como los corticoides, que también pudieran ser eficaces, solos o en combinación, en el control de este síndrome.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 08-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Metilfenidato: farmacología y empleo

Challman TD, Lipsky JJ. Methylphenidate: its pharmacology and use. Mayo Clin Proc 2000; 75: 711-721

El metilfenidato (Rubifen®) es un fármaco estimulante del sistema nervioso central. Su mecanismo de acción en la

sinapsis es el bloqueo de la recaptación de dopamina y otros neurotransmisores. Tras la administración oral, la concentración máxima se alcanza al cabo de 1-3 horas, con una semivida plasmática de también 1-3 horas. La dosis diaria recomendada en niños es de 10 a 20 mg (dosis máxima: 60 mg). En adultos, la dosis para el tratamiento de los síntomas depresivos es de 5 a 10 mg dos o tres veces al día (dosis máxima diaria: 30 mg); en los demás casos se puede llegar a 20 mg dos o tres veces al día (sin superar los 90 mg diarios). Los efectos secundarios más frecuentes son: taquicardia, hipertensión, inquietud, insomnio, "tics" y anorexia. Más raro es que puedan aparecer: angor, arritmias, cefalea, mareos, discinesia, náuseas o exantema. No hay datos que confirmen que el metilfenidato oral se asocie en la práctica habitual con problemas de abuso o dependencia.

Es eficaz en el síndrome de hiperactividad y déficit de atención, en la narcolepsia y en los ataques de sueño. Sobre los resultados en ancianos con trastornos cognitivos se ha discutido a lo largo de los años; es posible que induzca beneficios en los ancianos con síntomas depresivos o apatía. Es posible que estos psicoestimulantes consigan aliviar algunos síntomas neuropsicológicos agudos en enfermos con daño cerebral por accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico, pero si los trastornos se cronifican es poco probable que este beneficio se mantenga.

Comentario

Son muy pocos los estudios controlados que evalúan los efectos del metilfenidato en pacientes oncológicos. Se han descrito mejorías de la astenia, el estado de ánimo y el apetito. En el caso de los síntomas depresivos puede haber mejoría en cerca del 50% de los pacientes y esta respuesta se puede apreciar al cabo de pocos días. También puede actuar como coadyuvante para potenciar el efecto analgésico de otros fármacos como los opioides y como tratamiento de la neurotoxicidad opiode, principalmente sedación, que puede aparecer en enfermos con dolor incidental severo. Unos efectos similares se han descrito en pacientes con infección avanzada por VIH.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Nutrición Parenteral y Cuidados Paliativos.

Sanz Ortiz J. Nutrición parenteral y cuidados paliativos. Medicina Clínica (Barc) 2000;

El profesor Sanz repasa en este editorial algunos conceptos relacionados con la nutrición parenteral y la nutrición parenteral domiciliaria. Analiza su papel positivo comprobado como terapia de soporte durante los

tratamientos de intensificación de quimioterapia, el perioperatorio de la cirugía del cáncer y mientras persisten complicaciones de la cirugía.

Una especial sensibilidad –indica el autor– despiertan aquellos enfermos en situación terminal. En ellos es muy frecuente una anorexia extrema con desnutrición importante. Con el fin de mejorar su calidad de vida se ha recurrido tanto a la simple hidratación como a la nutrición parenteral.

Sanz señala que no son muy frecuentes ni amplios los estudios sobre este tema, pero todos parecen concluir de igual forma: la nutrición parenteral no consigue ninguno de los tres objetivos deseables en esta situación: mejorar el estado nutricional, la calidad de vida y ni el tiempo de supervivencia. Una vez que tengamos bien definida y establecida la situación de enfermo oncológico en fase terminal, el uso rutinario de NP no procede y su utilización no está indicada. En algunas instituciones tienen protocolizado su uso en pacientes terminales, estableciendo que en los pacientes con estimación de sobrevida inferior a 3 meses no debe considerarse la NP. Entre 3 y 6 meses hay que individualizar cada caso y con supervivencias estimadas superiores a 6 meses deben considerarse (Hammes). Hay que reseñar que en todas las series se hace referencia a la demanda por parte de la familia y el enfermo de este tipo de tratamiento. Su utilización como terapia compasiva, una vez sopesados los problemas del coste que ello plantea, varían según las diferencias culturales de cada país.

En la fase progresiva y terminal del cáncer la NPD no ha demostrado ventajas frente a no tratamiento nutricional. Esto no quiere decir que el enfermo en dicha situación deba ser desprovisto de la administración de líquidos (hidratación y electrolitos) que pueden mejorar su calidad de vida.

Otras revistas

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 10-06-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Utilidad de un cateter “pig-tail” para el drenaje paliativo de los derrames pleurales malignos en pacientes cancerosos.

Chen YM, Shih JF, Yang KY, Lee YC, Perng RP. Usefulness of pig-tail catheter for palliative drainage of malignant pleural effusions in cancer patients. Supportive Care in Cancer 2000; 8 (5): 423-426

Los autores evaluaron retrospectivamente 342 pacientes cancerosos tratados con toracocentesis evacuadora mediante cateter pig-tail dirigido ecográficamente en derrames masivos sintomáticos. La presentación más frecuente resultó ser el derrame unilateral derecho. La cantidad media drenada en 36 h fue de 1747 ml. No hubo relación significativa entre la frecuencia cardiaca y

respiratoria preprocedimiento y la cantidad drenada. Sin embargo si se demostró relación significativa entre las dos variables postprocedimiento y la cantidad drenada. La mejoría de la disnea fue percibida por el 91% de los enfermos y se presentaron pocas complicaciones (3 celulitis, 2 empiemas, 10 neumotorax transitorio). El 15.1% de los pacientes presentaban derrames tabicados en la ecografía de presentación.

Comentario

Estudio retrospectivo que contribuye a clarificar las indicaciones de la toracocentesis evacuadora paliativa mediante catéteres escasamente invasivos (pig-tail, pleurecath). El mayor empleo de estos catéteres en el contexto de enfermos terminales cancerosos podría contribuir a reducir al máximo las indicaciones de las toracocentesis de repetición, y la colocación de tubos de tórax standard para posteriores pleuredesis. Estos procedimientos más clásicos llevan aparejadas molestias indiscutibles para el enfermo debilitado. Se recomienda la lectura de la revisión: Stretton F et al. Malignant pleural effusions. *European Journal of Palliative Care* 1999; 6(1): 5-10.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Juan Manuel Nuñez Olarte, 11-06-2001
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

Delirium en el paciente oncológico terminal. Estudio prospectivo con rastreo diario, diagnóstico precoz y monitorización continuada.

Gagnon P, Allard P, Mâsse B, DeSerres M. Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 412-426

El delirium es un síndrome frecuente en el paciente terminal que, en ocasiones, puede ser reversible. Sin embargo sólo suele diagnosticarse cuando sus manifestaciones (confusión, agitación) son más evidentes dentro del conjunto de los problemas del enfermo terminal. Los autores estudian la aparición de delirium en enfermos con una expectativa de supervivencia inferior a dos meses ingresados en un Hospice. A aquellos en los que un primer estudio de rastreo resultó positivo (de inicio o tras permanecer en el Hospice) se les practicó en las 24 horas siguientes una valoración específica de cara al diagnóstico de delirium. De 94 enfermos incluidos inicialmente, cinco no fueron evaluados por mantenerse en coma desde el ingreso hasta el fallecimiento. Para el rastreo inicial en los 89 restantes se empleó la “Confusion Rating Scale” (CRS) que valora confusión, conducta, comunicación y percepción y que no precisa la participación del paciente. Esta escala se repitió tres veces al día durante el tiempo de estancia en el

Hospice. En 55 pacientes (62%), 18 al ingreso y 37 a lo largo de su estancia, se alcanzó un valor en CRS de 2/8 que se consideró suficiente para sospechar un delirium. En estos casos se practicó el "Confusion Assessment Method" (CAM) para confirmar el diagnóstico de delirium. En conjunto, los pacientes con CRS positivo tenía unas características generales similares al resto de los enfermos incluidos salvo que se encontraban recibiendo dosis mayores de opioides. No fue posible practicar el CAM en 13 de los 55 pacientes seleccionados (24%); 11 por presentar un deterioro demasiado rápido y dos por rechazo (del enfermo o de los familiares). Finalmente, de los 42 pacientes evaluados mediante CAM se confirmó el diagnóstico de delirium en 32 (76%), 11 al ingreso y 21 durante la estancia. Se encontró mejoría del delirium en 16 de estos pacientes (50%): 4/11 de los que los diagnosticados al ingreso y 12/21 de los que lo desarrollaron tras permanecer en el Hospice.

Comentario

El diagnóstico de delirium en enfermos terminales depende del nivel de sospecha, de las manifestaciones clínicas, de la sensibilidad del método de estudio y de la situación general del paciente. Los autores emplean unos instrumentos válidos para presentar una prevalencia de delirium en estos pacientes inferior a la descrita en otros trabajos. Sin embargo, la pérdida de datos de cerca del 20% de los 94 pacientes incluidos inicialmente y el carácter fluctuante del síndrome (que puede originar falsos negativos al realizar el CAM al cabo de 24 horas del diagnóstico de sospecha) permite pensar que la aparición de delirium en estos enfermos podría superar el 36% (32/89) que se describe. Además, en un porcentaje de pacientes (el 50% en esta serie) el delirium del paciente terminal puede mejorar si se diagnostica y se trata de manera adecuada.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Comprender la experiencia del dolor en enfermos terminales.

Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. Lancet 2001; 357: 1311-1315

El dolor es un síntoma crucial en los enfermos terminales. Los autores realizan un estudio descriptivo sobre el dolor en pacientes con enfermedades en situación terminal de distinto origen. Recogen 988 pacientes, 51% con diagnóstico de cáncer. 493 del total (50%) refieren padecer un dolor moderado o severo. Llama la atención que el porcentaje de enfermos con o sin cáncer es similar tanto entre los que refieren un dolor importante como entre los que no lo refieren. Esto indica que el dolor es un acompañante habitual de la situación terminal independientemente del tipo

de patología que la origine. Cuando se estratifica la intensidad del dolor y el deseo de que se modifique el tratamiento analgésico llama la atención que la mayor parte de los pacientes deseaba mantener el mismo, tanto si el dolor era leve como si era moderado o severo. De hecho, más del 60% de los enfermos con dolor severo quería que no se aumentara la dosis de calmantes (¡y cerca de un 5% deseaba que se redujera!). El motivo principal fue el miedo: a crearse adicción, a los efectos secundarios físicos (estreñimiento...) y a los efectos secundarios mentales (confusión...) y miedo o rechazo a pastillas e inyecciones.

Comentario

En este estudio se hace mención, entre otros, de dos problemas importantes en el enfermo terminal que se aprecian en la práctica clínica. El primero es una situación que, aunque es real, puede producir perplejidad: los pacientes con frecuencia no desean aumentar el tratamiento en la misma medida en que crecen los síntomas. Y llegan, incluso, a plantearse como objetivo reducir las dosis (a veces porque identifican la complejidad del tratamiento con la progresión de su enfermedad). El segundo es el de la polifarmacia que reciben estos, tanto para controlar los síntomas de su enfermedad (numerosos, severos, multifactoriales, cambiantes) como los efectos secundarios de otras medidas terapéuticas. Y este número de fármacos, de pastillas y de inyecciones es una traba para el cumplimiento del tratamiento. En resumen, es conveniente identificar estas dificultades para comprender mejor cómo experimenta el dolor el paciente terminal y para intentar personalizar la atención de cada enfermo.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 13-06-2001
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Factores de riesgo de estertores agónicos en pacientes con cáncer terminal: Un estudio exploratorio prospectivo.

Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Risk factors for death rattle in terminally ill cancer patients: a prospective exploratory study. Palliative Medicine 2000;14: 19-23

Los estertores, según definición tomada de Ellershaw, 1995, son sonidos audibles junto a la cama del paciente, producidos por el movimiento de secreciones en la hipofaringe o en el árbol bronquial de un paciente, en relación con su respiración. Los estertores se presentan con frecuencia en pacientes con cáncer cerca del fallecimiento y pueden causar malestar intenso en el enfermo y en sus familiares. Este estudio pretendía identificar factores que facilitan la aparición y la persistencia de estertores en 245 pacientes ingresados en un Hospice japonés. La incidencia de estertores fue de 107 pacientes (44%). Se estudió el nivel

de conciencia del enfermo en el momento de aparecer los estertores: un 13% estaban despiertos y en el resto con distintos grados de disminución de nivel de conciencia o coma. El protocolo de tratamiento no fue estricto para respetar preferencias médicas en lo referente a la hidratación o el uso de anticolinérgicos. En él protocolo se contemplaban las siguientes medidas: cambios posturales, explicación a la familia, suspensión de hidratación si conveniente, escopolamina (dosis inicial de 0,25-0,5 mg/día, vía sublingual o subcutánea, titulación posterior hasta 2,5 mg/día), aspiración nasofaríngea o bucofaríngea y sedación para alivio de síntomas en los casos refractarios. El tratamiento utilizado fue eficaz en 71% de los casos: 41% de los pacientes precisaron escopolamina (dosis media 0,5 mg/día, rango 0.125-2.2), suspensión adicional de hidratación parenteral en 21%, aspiración 12% y sedación 5%. Los estertores no se controlaron en las primeras doce horas en el 56%, en primeras 24 horas no hubo control en 44%, unas pocas horas antes de la muerte persistieron en 29% de los enfermos y habían desaparecido en el 71%. El análisis de regresión múltiple identificó cáncer de pulmón y los tumores cerebrales como factores de riesgo independientes para presentar estertores. La patología pulmonar, tumor, infección o edema, resultó ser el factor de riesgo más importante para estertores persistentes.

En la discusión, los autores proponen una hipótesis como punto de estudio futuro, (apuntada ya en trabajos de Bennett, 1996). Se trata de la posibilidad de distinguir dos patogenias distintas a los estertores. Los estertores tipo I estarían relacionados con una disminución del nivel de conciencia: la secreción salival no sería deglutida y se almacenaría en la orofaringe. Los estertores así producidos serían susceptibles de tratarse eficazmente con anticolinérgicos, esto es, inhibidores de la salivación como la escopolamina. En estertores de tipo II, las secreciones provendrían de un aumento de secreciones bronquiales y con más facilidad resultarían refractarios al tratamiento.

Comentario

Algunos detalles de este estudio contrastan con otros datos o prácticas más difundidas. Las dosis iniciales de escopolamina utilizadas en este estudio son bajas (0.25 mg, y no 0.5 mg como constan en numerosas guías de control de síntomas). La dosis total media diaria que se precisó (0,5 mg) también es llamativamente baja. Aunque muchos médicos son reacios a aspirar a un paciente agónico, el protocolo de tratamiento de este grupo japonés sí que lo contempla. Así, por ejemplo, los estertores se presentan también en pacientes con buen nivel de conciencia: en este estudio en un 13% de los casos. Otros puntos no se aclaran bien. En concreto, no se dice si la pauta de administración de escopolamina es horaria o a demanda en casos de persistencia de estertores. También llama la atención que en un 59% de los enfermos no se utilizó escopolamina para tratar los estertores. Aunque no se aclara más este punto, se deduce que quizá en los casos en los que no se utilizó escopolamina, cedieron solo con medidas posturales, aspiración o retirada de la hidratación. Los autores rescatan de otro estudio previo una hipótesis final que es sugestiva y debería ser testada en estudios prospectivos futuros.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 14-06-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Terapia psicológica adyuvante para pacientes oncológicos: situándola al mismo nivel que las terapias médicas adyuvantes.

Cunningham AJ. Adjuvant Psychological Therapy for Cancer Patients: Putting it on the Same Footing as Adjunctive Medical Therapies. Psycho-Oncology 2000; 9: 367-371

Este editorial compara la administración de terapias adyuvantes, como la quimioterapia, con la terapia psicológica (TPA) en el tratamiento de cáncer. Plantea qué sucedería si el tratamiento de quimioterapia se basara en las pautas que se suelen seguir para ofrecer la psicoterapia, otro tratamiento adyuvante, a los pacientes. Entre otros problemas se alude a que no se ofrece a todos los pacientes, son los pacientes los que la tienen que solicitar en función de sus necesidades, los diferentes profesionales utilizan diferentes métodos de tratamiento, no hay un espacio ni un tiempo asignado para este tipo de terapia, no es necesario un entrenamiento específico ni es necesario evaluar sus efectos.

Este artículo se pregunta qué podemos aprender de la práctica médica standard que pueda actuar como una guía para una aplicación racional de los tratamientos psicológicos. Sugiere algunos cambios que pueden ayudar a situar a la TPA como un tratamiento que ha de ser tomado en serio.

Comentario

Otros trabajos demuestran los efectos beneficiosos de la terapia psicológica tanto en la calidad de vida como en la enfermedad en sí misma. Sin embargo, esto parece no ser suficiente para provocar cambios en la práctica médica a la hora de plantearle la TPA. Por ello, es preciso educar a pacientes y profesionales de la salud en este sentido con el fin de conseguir que ésta llegue a un máximo número de pacientes posible. Además, sería necesario sistematizar una serie de aspectos como la valoración de las intervenciones más eficaces para cada problema, la evaluación de la actuación psicológica, el entrenamiento en equipo o la estandarización del tratamiento.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 17-06-2001
Clínica Universitaria de Navarra

Impacto psicosocial del hallazgo de mamografías anormales y su influencia en revisiones posteriores.

Lipkus IM, Halabi S, Strigo TS, Rimer BK. The Impact of Abnormal Mammograms on Psychosocial Outcomes and Subsequent Screening. Psycho-Oncology 2000; 9: 402-410

Pocos estudios han examinado el impacto de mamografías anormales (MA), su influencia en posteriores revisiones y los resultados a nivel psicosocial en función del tiempo transcurrido desde una MA. Este estudio transversal comparó las prácticas de chequeo de cáncer de mama y el impacto psicológico en tres grupos formados por mujeres que: 1) nunca habían tenido una MA, 2) habían tenido una MA 2 ó más años anteriores a la entrevista del estudio, 3) habían tenido una MA en los dos últimos años.

Las mujeres que habían tenido una MA al menos dos años previos a la entrevista percibían un mayor riesgo de tener un cáncer de mama a los 10 años o a lo largo de la vida. Las mujeres que tuvieron una MA, independientemente de cuándo la hubieran tenido, estaban sustancialmente más preocupadas de padecer cáncer que el resto. Por otro lado, las que tuvieron un resultado anormal en los dos últimos años tenían mayor probabilidad de estar programadas para una nueva mamografía que las que nunca lo tuvieron. Los resultados sugieren que existen pocas diferencias en la percepción de riesgo de padecer cáncer de mama como resultado de tener una MA. El chequeo posterior parece estar más influenciado por el hecho de haber tenido una MA en los dos últimos años.

Comentario

Ultimamente se está incrementando el número de mamografías rutinarias que se llevan a cabo con el inevitable crecimiento de resultados anormales o falsos positivos. Existen varios estudios sobre el impacto psicológico de estos resultados y la mayoría coinciden en observar un incremento de chequeos posteriores, sobre todo en las experiencias más recientes de MA, así como una influencia en la percepción de riesgo de padecer cáncer. No debemos desestimar el impacto que genera un diagnóstico equivocado y la necesidad de un seguimiento de estos pacientes basado en la información y el soporte en el proceso de diagnóstico.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 15-06-2001
Clínica Universitaria de Navarra

Empleo de pilocarpina en la xerostomía inducida**por opioides**

Mercadante S, Calderone L, Villari P, Serretta R, Sapio M, Casuccio A, Fulfaro F. The use of pilocarpine in opioid-induced xerostomia. Pall Med 2000. 14 (6):529-531

En la Introducción los autores hacen un breve repaso de la frecuencia de la xerostomía (30% de los pacientes que reciben Cuidados Paliativos), de las causas (enfermedad sistémica, efecto secundario de medicamentos o radioterapia) y justificación del uso de la pilocarpina. Se trata de un estudio abierto, prospectivo, multicéntrico. Reclutan 21 casos de pacientes tratados con opioides y xerostomía, a quienes se pauta una solución al 2 % de pilocarpina (5 mg), tres veces al día, durante una semana. Se monitorizó diariamente durante una semana la evolución de síntoma mediante una escala de 0 a 3. Se evaluaron también, mediante la misma escala, estreñimiento, náuseas-vómitos y somnolencia. Los resultados se analizaron estadísticamente, estableciéndose la significación estadística en valores $P < 0,05$.

No se encontró correlación entre dosis de opioide y xerostomía. El tiempo de respuesta de la pilocarpina parece ser virtualmente inmediato, con significación estadística máxima desde las primeras 24 horas. Además, en el 5º día disminuyeron significativamente las náuseas y en el 7º el estreñimiento. No hubo efectos adversos imputables a la pilocarpina

La pilocarpina se mostró segura y efectiva, además de rápida en la práctica totalidad de los pacientes. Se relaciona este trabajo con otros similares a través de una simple revisión bibliográfica. No se recomienda el uso de pilocarpina en pacientes con enfermedad cardiovascular reciente, hipertensión inestable, úlceras digestivas, asma o glaucoma. Se precisan estudios con mayor muestra, doble ciego, controlados con placebo, que puedan confirmar lo que demuestra éste.

Comentario

Aunque el tamaño muestral es discreto aparentemente, este trabajo tiene el rigor estadístico suficiente para demostrar algo que se adivinaba por la experiencia, la eficacia y la rapidez de la pilocarpina en la xerostomía por opioides. La importancia del trabajo no sólo está en que demuestra la eficacia del fármaco. Se ve también en que recuerda que estos análisis de la práctica habitual los debiéramos hacer periódicamente en todas las Unidades de Cuidados Paliativos, como control de calidad interno para los medicamentos que más utilizamos. Publicar los resultados, como hace Mercadante, puede servir a otros equipos, como este trabajo. Pero incluso sin hacerlo, ya es de gran utilidad. También resulta interesante la breve revisión bibliográfica de la discusión.

Palliative Medicine

Revisor: Javier Rocafort Gil, 18-06-2001
Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio
Extremeño de Salud.
