

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



7ª Entrega. Noviembre 2001.

INDICE

Articulo	Pag.
Papel del pamidronato en el tratamiento del dolor óseo maligno.	1
Evaluación de la Depresión en pacientes con cáncer: El papel del dolor, tipo de cáncer y tratamiento.	1
Variabilidad de la respuesta a los analgésicos: un papel para la activación inespecífica de los opioides endógenos.	2
Cuidados paliativos en domicilio: una alternativa más económica: evidencia desde Cataluña.	2
Receptores de la somatostatina en las terminaciones aferentes primarias periféricas: inhibición de los nociceptores sensibilizados.	3
El efecto de los opioides en el dolor de miembro fantasma y la reorganización cortical.	4
Escala de Capacidad de Comunicación y Escala de Malestar por Agitación para medir la intensidad del Delirium en pacientes de cáncer terminal. Estudio de validación.	4
Respuestas hiperalgésicas en pacientes en mantenimiento con metadona.	5
Efectos local y remoto de la sugestión hipnótica analgésica.	5
Dolor irruptivo en cáncer: ensayo randomizado comparando citrato de fentanilo transmucosa oral (OTFC®) y morfina sulfato de liberación inmediata (MSIR).	6
Metástasis oseas: manifestaciones clínicas y complicaciones. Un tratamiento multidisciplinar.	6
Programas de Cuidados Paliativos en España. Año 2000.	7

Papel del pamidronato en el tratamiento del dolor óseo maligno.

Groff L, Zecca E, De Conno F, Brunelli C, Boffi R, Panzery C, Cazzaniga M, Ripamonti C. The role of disodium pamidronate in the management of bone pain due to malignancy. Palliative Medicine 2001; 15: 297-307

Varios estudios han demostrado recientemente el papel del pamidronato en la prevención de complicaciones esqueléticas en cáncer de mama y mieloma múltiple. Estos estudios también han demostrado que alivian el dolor y que los Bifosfonatos son bien tolerados.

Se presenta un estudio abierto prospectivo del grupo de Milán que tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de un nuevo esquema de infusión de pamidronato y evaluar dolor, consumo de analgésicos y estado funcional según la escala de Karnofsky (KPS) en pacientes con dolor óseo metastático tratado con pamidronato en asociación o no con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Los pacientes, con diferentes tipos de cáncer y al menos una metástasis ósea dolorosa, fueron tratados con pamidronato 60 mg intravenosos semanalmente, tres dosis consecutivas, con un intervalo de dos semanas sin tratamiento entre dos ciclos (seis infusiones en siete semanas), seguidos por una infusión cada 21 días hasta un total de 24 infusiones. Doscientos pacientes fueron incluidos en el estudio, de los cuales 94 recibieron al menos las primeras seis infusiones y fueron los considerados válidos para el análisis. 25 pacientes recibieron el tratamiento completo de 24 infusiones. El pamidronato fue bien tolerado por todos los pacientes a lo largo de todo el estudio (el 19% presentó aumento de temperatura las dos primeras veces que cedió con paracetamol).

En los pacientes incluidos en el estudio el dolor disminuyó después de las dos primeras infusiones (a las dos semanas de comenzar el tratamiento). La dosis media de morfina oral que precisaron los pacientes fue baja, entre 21,5 y 41,5 mg/día, y se mantuvo estable durante todo el estudio. Para los pacientes que permanecieron en el estudio, el KPS permaneció alrededor de 70 durante el tiempo de tratamiento. La primera fractura patológica ocurrió en 321 días en el 25% de los pacientes.

El pamidronato, concluyen los autores, supone una terapia válida a añadir a la lista de tratamientos ya consolidados como radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y cirugía ortopédica en el manejo de pacientes con metástasis óseas. Son necesarios nuevos estudios para valorar el esquema adecuado a utilizar y el valor del pamidronato en enfermos que no serán tratados con otros tratamientos oncológicos activos.

Comentario

Sorprende el nuevo esquema empleado (seis dosis en siete semanas, dejando un intervalo de 15 días sin tratamiento entre dos ciclos de pamidronato semanal). Pero los autores lo justifican indicando que con el esquema utilizado hasta ahora con más frecuencia (90 mg cada 3-4 semanas) el alivio tarda en experimentarse más de tres semanas, y

además según experiencias algunos pacientes experimentaban un efecto "llamarada" con aumento del dolor a los dos o tres días de la primera dosis. La hipótesis sería que disminuir la dosis y acortar los intervalos evitarían estos efectos de rebote y facilitarían un alivio más precoz. De este modo, el nuevo esquema sería más aconsejable para enfermos con expectativas de vida menores y que no fueran a recibir más tratamientos oncológicos para aliviar su dolor.

El resultado más interesante del estudio sería el hecho de que con este esquema, nuevo y bien tolerado, el dolor disminuye después de la segunda dosis, esto es antes de transcurrir dos semanas del inicio del tratamiento. Los autores indican que es necesario comparar los dos esquemas dentro de un mismo estudio para poder extraer conclusiones definitivas. Parece razonable confirmar este hallazgo pues no se justifica muy bien el hecho de que 120 mg dados en dos veces con seis días de diferencia alivien en unos 10 días y en cambio 90 mg en dosis única tarden 21-28 días en aliviar. La lástima es que no haya sido este el planteamiento inicial y ahora haya que esperar sumidos en la duda de qué esquema es mejor.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 01-11-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Evaluación de la Depresión en pacientes con cáncer: El papel del dolor, tipo de cáncer y tratamiento.

Ciaramella A, Poli P. Assessment of Depression among Cancer Patients: The Role of Pain, Cancer Type and Treatment. Psycho-Oncology 2001; 10: 156-166

En este estudio se evaluaron 100 pacientes utilizando dos métodos estructurados para medir un trastorno depresivo mayor (Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R /ECED/, y los criterios de Endicott) y una escala de depresión (Escala de Depresión de Hamilton, HAMD)

Empleando la ECED, un 49% de los pacientes estaban deprimidos, mientras que usando los criterios de Endicott, un 29% de los pacientes presentaban criterios de depresión. Usando los dos criterios, un 28% de los pacientes estaban deprimidos. La edad y el sexo no tuvieron ninguna influencia en la evaluación de la depresión mayor. Por otro lado, los pacientes deprimidos no mostraron tener mayor índice de depresión a lo largo de la vida que los no deprimidos utilizando ambos métodos. Los pacientes que estaban deprimidos usando ambas evaluaciones de depresión tenían más metástasis y más dolor que los pacientes no deprimidos.

Comentario

Los pacientes con cáncer presentan altos niveles de estrés y la depresión mayor es uno de los desórdenes psiquiátricos más importantes en estos pacientes, con una prevalencia que difiere bastante en función de la escala de evaluación empleada, el estadio de la enfermedad y el tipo de cáncer. A pesar de su elevada frecuencia, a menudo no es reconocida por los profesionales porque muchos de los síntomas son similares a los que provoca la enfermedad por sí misma. Existen varios estudios que demuestran la relación que existe entre dolor y depresión. A pesar de los resultados, la relación entre los estados de ánimo y el dolor es extremadamente compleja por lo que es necesario más investigación tanto en lo relativo a instrumentos sencillos de evaluación, como a la relación entre síntomas somáticos y psicosociales.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 02-11-2001
Clínica Universitaria de Navarra

Variabilidad de la respuesta a los analgésicos: un papel para la activación inespecífica de los opioides endógenos.

Amanzio M, Pollo A, Maggi G, Benedetti F. Response variability to analgesics: a role for non-specific activation of endogenous opioids. Pain 2001;90:205-15

Las diferencias individuales en farmacocinética y farmacodinámica, el tipo de dolor y el tipo de administración de fármacos pueden ser los responsables de la variabilidad de la respuesta a los analgésicos. Mediante la integración de un abordaje clínico y experimental se muestra en este trabajo otra importante fuente de variabilidad representada por las diferencias individuales inespecíficas (placebo) en la activación de los sistemas de opioides endógenos. En la primera parte de este estudio, se analizó la eficacia de buprenorfina, tramadol, ketorolaco y metamizol en un ámbito clínico, donde el efecto placebo fue completamente eliminado a través de infusiones ocultas. Encontramos que las inyecciones ocultas fueron significativamente menos efectivas y menos variables comparadas con las inyecciones que se practicaron a la vista del enfermo, sugiriendo que parte de la variabilidad de la respuesta fue debida a factores no específicos (placebo). Debido a que no se puede administrar un antagonista opioide, naloxona, a estos pacientes, en una segunda parte del estudio se indujo en voluntarios dolor isquémico en un brazo de forma experimental. Tal como ocurrió en la parte clínica, la respuesta a una inyección oculta de ketorolaco (no opioide) fue menos efectiva y menos variable que una inyección a la vista del paciente. Lo más importante es que se obtuvo los mismos resultados cuando se añadió naloxona (bloqueo del componente placebo de la analgesia mediada por opioide) a una inyección de ketorolaco administrada a la vista del paciente. Estos hallazgos indican

que tanto el bloqueo psicológico (inyección oculta) y farmacológica (naloxona) anulan la respuesta placebo, reduce la eficacia y la variabilidad frente a los analgésicos. Por tanto, parece existir una importante causa de la variabilidad en la respuesta a los analgésicos parece estar vinculada a diferencias en la activación de los sistemas opioides endógenos.

Comentario

Este interesante trabajo muestra un aspecto que tiene relevancia tanto en la clínica como en investigación, como es el papel del efecto placebo – activación inespecífica de los sistemas opioides endógenos – en el control del dolor. De la lectura del presente trabajo uno podría reincorporar, incluso justificar la necesidad de advertir al paciente de que le administramos un analgésico (cuando ello sea así) ya que de alguna forma también estaremos activando el efecto placebo. En otras palabras, el hecho de informar al paciente de que se le administra un analgésico no parece ser exclusivamente una cuestión de buenas maneras sino que también se justifica por un efecto terapéutico añadido.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 03-11-2001
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

Cuidados paliativos en domicilio: una alternativa más económica: evidencia desde Cataluña.

Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. Palliative Medicine 2000; 15: 271-278

El objetivo de este estudio ha sido comparar el uso de recursos asistenciales durante el último mes de vida de pacientes en tratamiento exclusivamente paliativo, y que fallecieron en la ciudad de Mataró, en 1998, según estuvieran siendo atendidos de un modo tradicional (grupo No-PADES) o además con equipos específicos para cuidados paliativos en domicilio (grupo PADES). Se estudiaron dos grupos de 111 y 44 pacientes respectivamente con edad media y distribución de tumores similares.

Se encontraron importantes diferencias entre los dos grupos. En el periodo de estudio fallecieron por cáncer en Mataró 192 pacientes, 37 de ellos no reunían criterios para el estudio en su mayor parte por haber recibido tratamiento oncológico activo durante el último mes de vida (12 enfermos) o por haber sido diagnosticados menos de un mes antes de fallecer. En la tabla 1 se muestran algunos resultados. Los pacientes del grupo No-PADES registraron más ingresos en el hospital, estancias hospitalarias más largas, mayor uso de los servicios de urgencias, de consultas externas y también mayor utilización de unidades hospitalarias de paliativos de centros socio-sanitarios que

los enfermos atendidos con cuidados paliativos en su casa. La cuantificación económica de las diferencias descritas se concreta en un 71% más de gasto en el grupo de los cuidados tradicionales durante el último mes de vida (101.700 pts grupo PADES frente 174.000 grupo no-PADES). De acuerdo con los resultados de este estudio los equipos de cuidados paliativos en domicilio ahorran dinero al sistema sanitario

Grupo PADES
Grupo no-PADES

Pacientes
44
111

Ingresos hospital
7 (16%)
70 (63%)

Estancia media
8.28
12.15

Consultas a Urgencias
7 (16%)
61 (55%)

Consultas Externas
11 (25%)
51 (46%)

Ingreso C. Socio-sanitarios
3 (7%)
15 (14%)

Gastos en el último mes (media)
101.700 Pts.
174.000 Pts.

Comentario

Se trata de un estudio realizado en España desde un PADES, que entre otros méritos tiene el enorme valor de haber descrito y cuantificado el proceso terminal en el medio urbano de Cataluña. Entre las limitaciones, como ya señalan los autores, está el carácter retrospectivo del estudio. Por este motivo no se pudo disponer, en cada grupo, de indicadores de severidad del proceso o de estrés psicosocial previo. Por tanto no se puede descartar el sesgo de los resultados en caso de que los grupos no fueran homogéneos para esos factores y por tanto tampoco comparables. Del mismo modo hay que señalar que no se ha recogido información previa de factores que en estudios similares realizados en otros países han resultado predictores del lugar de muerte y del uso de recursos, como el poder adquisitivo, la religiosidad del paciente o la estructura familiar del enfermo.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 04-11-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Receptores de la somatostatina en las terminaciones aferentes primarias periféricas: inhibición de los nociceptores sensibilizados.

Carlton SM, Du J, Davison E, Zhou S, Coggeshall RE. Somatostatin receptors on peripheral primary afferent terminals: inhibition of sensitized nociceptors. Pain 2001;90:233-44

La somatostatina (SST) existe en las neuronas aferentes primarias y reduce los componentes vascular y nociceptivo de la inflamación. Los agonistas de los receptores SST (SSTR) proporcionan analgesia en humanos, tras la administración tanto por vía intratecal como epidural, pero en los animales de experimentación se ha descrito neurotoxicidad en el sistema nervioso central (SNC). Teniendo en cuenta que la intervención sobre los SSTR periféricos podría tener un efecto analgésico evitando los efectos neurotóxicos sobre el SNC, se diseñó este estudio cuyo objetivo era investigar la presencia de SSTR en las fibras aferentes primarias periféricas y determinar los efectos fisiológicos y sobre el comportamiento del octeotride (OCT) en un modelo murino de dolor periférico. Los resultados demostraron. a) en las fibras sensitivas primarias aferentes periféricas de la rata, un 11% presentan SSTR subtipo 2.b) la inyección intraplantar de OCT reduce el comportamiento nociceptivo inducido por formalina. c) OCT reduce, de forma dependiente de la dosis, las respuestas a la estimulación termal de las fibras C mecano-térmicas. e) OCT reduce las respuestas de las fibras C mecano-térmicas a la sensibilización inducida por bradiquinina y la sensibilización al calor. Cada una de estas acciones puede ser revertida tras la inyección conjunta de OCT con el antagonista SSTR ciclo-somatostatin. En resumen la activación de los SSTR periféricos reduce el dolor inflamatorio y la actividad de los nociceptores sensibilizados.

Comentario

Este trabajo viene a dar pistas sugiriendo los potenciales beneficios de la estimulación de los receptores de la somatostatina que se hallan presentes en las fibras C, en el modelo murino utilizado por los autores. Octeotride es un fármaco bien conocido y utilizado en cuidados paliativos. Quedan muchas dudas respecto a si en un modelo animal de dolor oncológico (Cain et al Pain 2001;91:1-4) los hallazgos serían reproducibles e inevitablemente especular sobre su potencial aplicabilidad clínica. Es una interesante línea de investigación que se deberá seguir con atención.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 05-11-2001
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

El efecto de los opioides en el dolor de miembro fantasma y la reorganización cortical.

Huse E, Larbig W, Flor H, Birbaumer N. The effect of opioids on phantom limb pain and cortical reorganization. Pain 2001;90:47-55

Este trabajo pretende averiguar la eficacia de sulfato de morfina de liberación controlada (MST)(r) contra placebo en un diseño doble ciego cruzado en 12 pacientes con dolor miembro fantasma unilateral por amputación de la pierna o brazo. Se diseñó dos fases de 4 semanas de tratamiento que se iniciaron con una fase de ajuste con morfina e.v. o placebo. La fase de ajuste duró 2 semanas. Las dosis de MSTO después de la fase de ajuste varió entre 70 mg a 300 mg/día. La intensidad del dolor se evaluó cada hora mediante escalas analógicas visuales. La reorganización del córtex cerebral, percepción eléctrica, los umbrales de dolor y la atención selectiva. Durante el tratamiento con MSTO se obtuvo una reducción significativa del dolor pero no con placebo. Una respuesta clínicamente relevante (reducción del dolor de más de 50%) fue evidente en el 42% de los pacientes y una respuesta parcial (reducción del dolor entre un 25-50%) en el 8%. Globalmente, los resultados del presente trabajo muestran la eficacia de la morfina en el manejo del dolor por miembro fantasma, se muestra de forma inicial alguna evidencia sobre la influencia de los opioides en disminuir la reorganización cortical. Los umbrales de percepción y de dolor no parecieron afectarse, mientras que con MSTO la atención se halló disminuida.

Comentario

El presente trabajo añade más evidencia sobre la eficacia de los opioides, en este caso morfina, en el tratamiento de un tipo de dolor donde el componente neuropático por deferentización es esencial. Si lo anterior es importante desde la perspectiva clínica, el trabajo aporta el valor añadido de mostrar evidencia incipiente de que la administración de opioides también es capaz de impedir o minimizar la reorganización cortical, fenómeno fisiopatológico esencial en el dolor por miembro fantasma.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 06-11-2001
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

Escala de Capacidad de Comunicación y Escala de Malestar por Agitación para medir la intensidad del Delirium en pacientes de cáncer terminal. Estudio de validación.

Morita T. Tsunoda J, Inoue S, Chihara S, Oka K. Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients: a validation study. Palliative Medicine 2001, 15: 197-206

El delirium es una disfunción mental aguda resultado de un sufrimiento cerebral difuso que se presenta en un 60-80% de los pacientes de cáncer terminal. Existen instrumentos válidos para medir la intensidad del delirium: la Escala de Valoración del Delirium del Memorial Hospital (Memorial Delirium Assessment Scale, MDAS), la Escala de Intensidad del Delirium (Delirium Rating Scale, DRS) y la Escala de Sedación (Sedation Scale, SS). Aunque éstas escalas se han utilizado en diversos estudios y en la práctica clínica, a juicio de los autores de este trabajo, tienen importantes limitaciones en su aplicación en unidades de cuidados paliativos.

Los autores de este trabajo, en un enfoque novedoso, proponen que se debe evaluar separadamente ambas manifestaciones clínicas en los cuadros de delirium, ya que así se puede constatar hasta que punto se alcanzan los objetivos del tratamiento en cada caso particular. De cara a cuantificar la capacidad de comunicación de los pacientes y su comportamiento agitado, en este trabajo se proponen y validan dos nuevas escalas que se realizan preguntando al paciente, o a través de un observador que pregunta a los cuidadores. Se trata de la Escala de Capacidad de Comunicación y de la Escala de Malestar por Agitación.

Treinta pacientes terminales diagnosticados con delirium (según los cuatro criterios DSM-IV) fueron evaluados separadamente por dos médicos con ambos test. Además, otro investigador independiente realizó las escalas ya experimentadas de valoración del delirium, MDAS, DRS y SS.

En las pruebas psicométricas las nuevas escalas mostraron alta consistencia interna y alta fiabilidad. El análisis de las cinco o seis cuestiones independientes exploradas en cada test apoya la existencia de único factor principal para cada escala. Este factor principal explicaría el 88% y el 69% de la varianza de la escala de Comunicación y de la Escala de Agitación, respectivamente. La puntuación total de la Escala de Comunicación está fuertemente asociada (valores estadísticamente significativos) con la puntuación obtenida en el MDAS, en la Escala de Sedación, en los ítems concretos que exploran función cognitiva del MDAS y del DRS. La puntuación total obtenida en la Escala de Agitación correlaciona significativamente con el DRS y con los ítems concretos de agitación del MDAS y del DRS.

En conclusión ambas escalas resultan útiles, válidas y fiables para cuantificar la intensidad de los síntomas de agitación e incapacidad de comunicación en pacientes de cáncer terminal con delirium.

Comentario

El estudio tiene un diseño y un método de realización impecable. Desarrolla un método fiable y sencillo para

medir hasta qué punto se alcanzan los objetivos terapéuticos del tratamiento del delirium en lo que se refiere a capacidad de comunicar y control de la agitación. Lo más novedoso es precisamente el señalar como objetivo terapéutico en el delirium el preservar o intentar mantener la capacidad de comunicar en los pacientes. Muchas veces el tratamiento del delirium se enfoca solo pensando en disminuir la agitación o tranquilizar al enfermo. Quizá esto sea lo más urgente, pero no es lo único. Con este doble objetivo, tranquilizar y permitir comunicar, también se entiende mejor que la sedación es una alternativa aceptable en el delirium cuando la agitación no es controlable por otros medios, pero que en lo posible además de tranquilizar al paciente agitado se debe intentar, de acuerdo con sus prioridades o las de su familia si es el caso, mantener su función cognitiva y por tanto su capacidad de comunicar.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 07-11-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Respuestas hiperalgésicas en pacientes en mantenimiento con metadona.

Doverty M, White JM, Somogyi AA, Bochner F, Ali R, Ling W. Hyperalgesic responses in methadone maintenance patients. Pain 2001;90:91-6

El tratamiento sustitutivo con opioides para el manejo de la dependencia puede alterar la sensibilidad para el dolor. Los resultados de estudios previos en pacientes en tratamiento de deshabitación han sido contradictorios. El presente estudio compara las respuestas nociceptivas de 16 pacientes con dosis estables y diarias de metadona (MTD) y de 16 controles. Se usaron dos tipos de estímulos nociceptivos:

1/ estimulación eléctrica y 2/ test presor con frío. Se registraron dos parámetros: inicio del dolor y tolerancia al dolor. Los pacientes fueron evaluados 30' antes de la dosis diaria (0 h.) y 3 horas después de su administración. Los controles fueron evaluados 2 veces al día, con un intervalo entre evaluaciones de 3 horas y se obtuvieron muestras sanguíneas para determinar los niveles plasmáticos de MTD. En los pacientes con MTD el incremento plasmático de ambos enantiómeros de MTD resultó en un aumento significativo de la detección del dolor y de los valores de tolerancia para ambos estímulos nociceptivos. Con la estimulación eléctrica, los pacientes con MTD presentaron una menor tolerancia al dolor que los controles a las 0 h., pero mayor que los controles a las 3 h. por otra parte no se detectaron diferencias significativas en la detección del dolor. Para el test presor con frío, los pacientes con MTD detectaron el dolor de forma significativamente más pronto que los controles a las 0 h. y fueron sustancialmente menos tolerantes al dolor que los controles tanto a las 0 h. como a las 3 h. No se hallaron diferencias significativas en la

detección del dolor entre pacientes y controles a las 3 h. Los ratios de detección del dolor y tolerancia para los pacientes con MTD fueron significativamente más bajos que los controles para el test presor con frío a las 0 y 3 h, mientras que para la estimulación eléctrica lo fue sólo a las 0 h. La sensación dolorosa en los pacientes en mantenimiento con MTD se afecta por el tipo de estímulo nociceptivo y la concentración plasmática de MTD, alterándose los umbrales para la detección y tolerancia del dolor. A pesar de que hay una respuesta a los cambios de concentración plasmática de MTD, los pacientes en mantenimiento con MTD son hiperalgésicos al dolor inducido por el test presor con frío.

Comentario

Este trabajo aporta mayor comprensión a fenómenos que podemos observar en clínica, como es el hecho de que pacientes con historia de adicción a opioides y/o largo tiempo tomando opioides presentan mayores dificultades en el control del dolor. En el fondo de este fenómeno podría haber cambios neuronales en el asta posterior medular, tal como se ha mostrado en modelos animales. Queda por evaluar la importancia de este fenómeno en humanos y el papel que puede tener la metadona, ya que en los modelos animales este fenómeno de hiperalgnesia se atenúa con la administración de antagonistas NMDA y la MTD exhibe una acción antagonista NMDA débil. Por lo tanto, este trabajo aporta información que permite comprender las dificultades en el control del dolor en una población determinada, más allá de meras causas de índole psicológica, abre también numerosos interrogantes sobre la acción de la MTD en el ser humano.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 08-11-2001
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

Efectos local y remoto de la sugestión hipnótica analgésica.

Benhaiem JM, Attal N, Chauvin M, Brasseur L, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. Pain 2001;89:167-73

Este estudio se diseñó para caracterizar la analgesia hipnótica y en particular para explorar si los efectos son debidos a una alteración selectiva de la percepción del dolor y si se organizan de una forma somatotópica. En este estudio participaron 32 voluntarios sanos a los que se les midió el umbral térmico para frío y calor. Mediante un termotest se midió el umbral de dolor inducido por calor en la extremidad superior e inferior izquierda. Las mediciones se realizaron antes, durante y después de la sesión de hipnosis. Antes de la sesión se administró la versión francesa de la escala de susceptibilidad hipnótica de Stanford. Las sugestiónes hipnóticas estandarizadas se limitaron al pie izquierdo. Los

umbrales para el dolor por calor se incrementaron de forma significativa tanto en el pie como en la mano. Los cambios en el pie se correlacionaron de forma positiva con la susceptibilidad hipnótica, mientras que de forma inesperada los cambios en la mano se correlacionaron de forma negativa con la susceptibilidad hipnótica. Las medias de detección de los estímulos de calor y frío se vieron alterados en ambas extremidades durante la hipnosis, pero estas modificaciones no se correlacionaron ni con la susceptibilidad ni con los cambios en el umbral para el dolor por calor. Estos resultados indican que las sugerencias hipnóticas pueden alterar la sensación dolorosa de forma selectiva y somatotópica en sujetos altamente susceptibles. También se sugiere que las sugerencias analgésicas pueden inducir alteraciones selectivas de la percepción del dolor en sujetos poco susceptibles, mientras que estos efectos no parecen localizarse de una forma "apropiada".

Comentario

A pesar de que se dispone suficiente información sobre la utilidad de la hipnosis analgésica su uso, al menos en cuidados paliativos, esta poco extendido. El presente trabajo aporta dos informaciones clave, la primera que la hipnosis no tiene una acción general, sino que es selectiva cuando ello es pretendido, la segunda es que incluso en pacientes poco susceptibles pueden beneficiarse de esta técnica. Quedamos a la espera de información del uso de la hipnosis en el contexto clínico de los cuidados paliativos.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 09-11-2001
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

Dolor irruptivo en cáncer: ensayo randomizado comparando citrato de fentanilo transmucosa oral (OTFC®) y morfina sulfato de liberación inmediata (MSIR).

Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy JD, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC®) and morphine sulfate immediate release (MSIR®). Pain 2001;91:123-30

El citrato de fentanilo transmucosa oral (OTFC® ;Actiq®) es una formulación galénica usada en el manejo del dolor irruptivo oncológico. Previos estudios comparativos no cegados indicaban que OTFC era más efectivo en el dolor irruptivo que el opioide que habitualmente utilizaban los pacientes para este tipo de dolor. El objetivo del presente estudio era comparar la eficacia de OTFC frente MSIR en pacientes tratados con opioides de base para su dolor oncológico. El diseño es de un estudio doble ciego, doble enmascarado y multicruzado que se llevo a cabo en 19 centros de EE.UU. y que enroló a 134 pacientes oncológicos

adultos y ambulatorios. Los pacientes recibían opioides a una dosis equivalente de morfina oral entre 60-1000mg/d o fentanilo transdérmico entre 50-300mg/h, utilizaban "con éxito" MSIR como rescate a dosis entre 15 y 60 mg. Los pacientes experimentaban entre 1 a 4 episodios de dolor al día. De una forma no cegada OTFC se titró de forma que una sola unidad de entre 200-1600mg/d conseguía una adecuada analgesia con aceptables efectos secundarios. Los pacientes que se titraron adecuadamente entraron en la fase de doble ciego. Se registraron la intensidad del dolor (PI), el alivio del dolor (PR) y la preferencia global de la medicación (GP). Las calcularon las diferencias en la intensidad del dolor (PID) siendo la primera variable de eficacia el PID a los 15 minutos. El 69% de los pacientes (93/134) hallaron una dosis analgésica de OTFC. Todos los resultados con OTFC (PI, PID y PR) en todos los tiempos de evaluación fueron significativamente mejores que con MSIR. La GP fue mayor para OTFC y más pacientes, después del estudio, prefirieron seguir con OTFC que con MSIR para el tratamiento del dolor irruptivo.

Comentario

El actual trabajo aporta nuevos datos sobre la eficacia y eficiencia del OTFC en el manejo del dolor irruptivo en pacientes con cáncer. La población de estudio corresponde a una media de edad de 55 años, sin que se proporcione el estado funcional ni cognitivo de la población de estudio. A buen seguro la aparición de OTFC en España será importante desde el punto de vista del armamentarium analgésico. Queda por ver el espacio real de esta nueva presentación galénica de fentanilo en el enfermo oncológico avanzado y terminal, lo cual sugiere futuros trabajos.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 10-11-2001
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

Metástasis óseas: manifestaciones clínicas y complicaciones. Un tratamiento multidisciplinar.

Centeno C, Sanz A, Vara F, Bruera E. Medicina Paliativa 2000, (2):

Artículo de revisión sobre dolor óseo, metástasis óseas y sus complicaciones. La manifestación clínica más frecuente de las metástasis óseas es el dolor. El dolor óseo necesita en cada caso un planteamiento terapéutico individualizado y multidisciplinar en el que se consideren las opciones de tratamiento mediante analgésicos y coanalgésicos, tratamientos oncológicos paliativos específicos y bifosfonatos.

La radioterapia tiene un papel importante en la estrategia de tratamiento del dolor óseo por cáncer. Cuando se trata de una afectación localizada, fracciones únicas de radioterapia pueden lograr un alivio completo. En casos de afectación múltiple se pueden emplear técnicas alternativas

de irradiación externa o la administración de isótopos radiactivos como Sr89.

Las fracturas patológicas son complicaciones frecuentes de las metástasis óseas y deben ser tratadas mediante técnicas quirúrgicas ortopédicas y radioterapia cuando sea posible. Los síntomas neurológicos en pacientes con cáncer deben ser siempre valorados cuidadosamente, ya que la compresión medular es una urgencia médica y de su tratamiento inmediato y correcto se deriva un beneficio funcional muy importante en el paciente.

Para abordar correctamente el tratamiento del dolor y las complicaciones más frecuentes de la afectación ósea se precisa una buena integración de conocimientos: control de síntomas, oncología, técnica radioterápica, cirugía ortopédica, quimioterapia, medicina interna, etc. El especialista en cuidados paliativos debe conocer a fondo las diferentes opciones terapéuticas y trazar el plan de tratamiento en estrecha colaboración siempre con otros especialistas.

Medicina Paliativa

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 11-11-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Programas de Cuidados Paliativos en España. Año 2000.

Centeno-Cortés C, Hernansanz-de-la-Calle S, Flores-Pérez LA, Sanz-Rubiales A, López-Lara-Martín F. Medicina Paliativa 2000, (2):

En el año 2000 se realizó la tercera encuesta nacional sobre programas de Cuidados Paliativos en España. Otros dos estudios similares se llevaron a cabo previamente en 1997 y 1998. Estas tres encuestas fueron promovidas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), y se llevaron a cabo desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Algunos resultados descriptivos se han publicado en las monografías "Directorio de Cuidados Paliativos". El presente artículo contiene el análisis y discusión de los resultados publicados en el último Directorio de Cuidados Paliativos, Valladolid 2000.

En España se han identificado 206 programas de Cuidados Paliativos en funcionamiento en el año 2000: 104 equipos de atención domiciliaria, 29 Unidades de Cuidados Paliativos en Hospitales Generales, 52 Unidades en Hospitales de Apoyo o Centros socio-sanitarios y 21 Equipos de Soporte Hospitalario. El índice de respuestas al estudio fue del 95%. En España trabajan al menos 399 médicos, 663 enfermeras y 398 auxiliares, 91 psicólogos, 134 trabajadores sociales y 49 capellanes en Cuidados Paliativos.

Se estima que se atienden en España cada año 27643

enfermos diferentes en programas de Cuidados Paliativos. Considerando sólo los pacientes oncológicos que fallecen cada año, se puede estimar que la cobertura global de los Cuidados Paliativos para España es de, al menos, el 26%.

No hay una distribución uniforme de los equipos de Cuidados Paliativos en España. Un 46 % de los programas se localizan en Cataluña. Hay equipos de Cuidados Paliativos trabajando en todas las comunidades autónomas. Sólo se han identificado ocho provincias en las que no hay constancia de ningún programa de Cuidados Paliativos. Los diferentes parámetros de actividad asistencial de programas de CP como nivel de cobertura para enfermos oncológicos, diversidad de recursos asistenciales, índices de actividad, estancias medias, tamaño de las unidades, etc., se encuentran cada vez más cerca de los comunicados por países con más tradición en Cuidados Paliativos.

Los Cuidados Paliativos en España, tras 15 años de actividad en programas específicos, se han ido consolidando progresivamente en su actividad asistencial.

Medicina Paliativa

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 12-11-2001
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.