

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



38ª Entrega. Junio 2009

INDICE

Articulo	Pag.
Un marco para poder generalizar resultados en Cuidados Paliativos.	1
Modafinilo en el tratamiento de la astenia en el cáncer de pulmón: un estudio piloto.	1
Desafíos y lecciones aprendidas después de llevar a cabo investigación en Cuidados Paliativos.	2
Legalización de la eutanasia o el suicidio asistido médicamente: Estudio sobre las actitudes de los médicos.	2
Participación de los pacientes en las decisiones relativas a la limitación de los tratamientos: papel crucial del acuerdo entre médico y paciente.	3
Validación del cuestionario QLQ-LMC21 para la evaluación de resultados informados por el paciente durante el tratamiento del cáncer colorrectal con metástasis hepáticas.	4
Decisiones al final de la vida en Reino Unido que afectan a los médicos.	5
Revisión sistemática de la efectividad de la administración tópica de opioides en Cuidados Paliativos.	5
Sedación controlada para síntomas refractarios en pacientes en situación terminal.	6
Estudio comparativo, doble ciego y con distribución aleatoria sobre los efectos de d-metilfenidato en la astenia y la alteración cognitiva de las mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia complementaria.	6
¿La oxigenoterapia domiciliaria mejora la disnea? Un estudio de cohorte.	7
Múltiples Fuentes: Buscando la información en cuidados paliativos.	7

Un marco para poder generalizar resultados en Cuidados Paliativos.

Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. *A framework for generalizability in Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2009; 37: 373-86.*

Hay dificultades para aplicar en la clínica los resultados de los estudios en Cuidados Paliativos. Una de ellas es la heterogeneidad tanto de la definición de conceptos básicos (como la propia situación terminal) como de las características y de las condiciones de los pacientes. Los autores realizan un trabajo discursivo basado en la experiencia y el sentido común (no en una evidencia previa) para estandarizar un listado de variables que sirvan para definir las peculiaridades de cada estudio y con ello conocer si los resultados se pueden aplicar a otros subgrupos o incluso a pacientes concretos. Para ello plantean cinco áreas de referencia (características de paciente y cuidador, condiciones profesionales, estructura funcional del servicio, factores de política sociosanitaria y condiciones de la investigación) y en cada una de ellas señalan las variables básicas y las opcionales. De los pacientes se consideran fundamentales: edad y sexo, raza, condiciones sociales, enfermedad que lleva a la situación terminal, estado general y supervivencia. De los cuidadores, la proporción de enfermos en que no es posible identificar un cuidador principal. De las condiciones profesionales, la formación específica en Cuidados Paliativos como una especialidad. En cuanto a la estructura funcional, el tipo de modelo funcional para la prestación de Cuidados Paliativos (consultor o de atención directa) y el sistema de admisión en el sistema para recibir atención específica (basado en diagnóstico, pronóstico o complejidad). Dentro de la política sociosanitaria, de dónde proceden los fondos para mantener el sistema. Por último, en la investigación, si se emplean herramientas validadas específicamente en enfermos en situación terminal. Las variables optativas centran de manera fundamental en cuestiones más estructurales que clínicas.

Comentario

En cualquier estudio es preciso conocer las características del medio en que se realiza y/o de los enfermos que se incluyen para poder interpretar los resultados. Aunque los Cuidados Paliativos parecen un concepto relativamente homogéneo, lo cierto es que se prestan a muchas interpretaciones y que incluso profesionales con prestigio y experiencia pueden tener conceptos diversos en relación a lo que son y a quién y cómo hay que aplicar los Cuidados Paliativos. En un ambiente que se presta a tantas interpretaciones puede ser preciso ceñir mucho los conceptos para saber de qué se habla y en qué medida los resultados que se presentan se pueden comparar con los del propio medio. Por este motivo, los autores proponen un primer listado de variables que es preciso definir explícitamente para definir cuál es el escenario en que hay que interpretarlos. Aunque el listado de las variables opcionales puede terminar resultando demasiado prolijo, el

de las variables básicas es coherente, práctico y accesible y creo que resulta recomendable tenerlo en cuenta a partir de ahora para futuros trabajos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 08-04-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Modafinilo en el tratamiento de la astenia en el cáncer de pulmón: un estudio piloto.

Spathis A, Dhillan R, Booden D, Forbes K, Vrotsou K, Fife K. *Modafinil for treatment of fatigue in lung cancer: a pilot study. Palliat Med. 2009;23: 325-331.*

La astenia es el más síntoma frecuente y debilitante en los pacientes con cáncer. Su manejo se apoya en el tratamiento de las causas reversibles y en otros tratamientos no farmacológicos como el ejercicio físico. Hay evidencia que apoya el uso de psicoestimulantes para tratar la astenia en enfermedades crónicas, estos fármacos parecen ser los que más potencial tienen en la astenia relacionada con el cáncer. El Modafinilo parece tener menos efectos adversos que otros y ha demostrado eficacia en el tratamiento de la somnolencia diurna y de la función cognitiva.

Se realiza este estudio piloto prospectivo y abierto con el objetivo de evaluar el papel del modafinilo en el alivio de la astenia en pacientes con cáncer de pulmón avanzado. Se incluyen 20 pacientes con cáncer de pulmón no microcítico procedentes de la consulta de dos hospitales de Cambridge, con una puntuación de 4 o más en el Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ) y un ECOG de 0 a 3. Se excluyeron los pacientes con quimio o radioterapia en las 4 semanas previas, los que habían comenzado antidepresivos o corticoides en las dos últimas semanas, los que tenían hipertensión o arritmia mal controlada, efectos adversos previos al Modafinilo y las mujeres fértiles. El periodo de estudio era de 14 días, los pacientes comenzaban con 100mg diarios durante la primera semana (del día 1 al día 7) y desde el día 8 tomaban 200mg una vez al día. Al inicio del estudio, a los 7 y a los 14 días los pacientes completaban los cuestionarios Functional Assessment of Cancer Therapy-fatigue (FACT-f) y el CFQ que evalúan astenia, el Epworth Sleepiness Scale (ESS) que evalúa somnolencia y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) que evalúa ansiedad y depresión. Dos semanas después de terminar el estudio se les llamaba por teléfono y se les preguntaba si el fármaco les había resultado útil. De los 20 pacientes 15 completaron el estudio; se observó una mejoría en la astenia con una diferencia entre la mediana del FACT-f del día 0 y del día 7 de 8 puntos y del día 0 al día 14 de 10 puntos ($p=0,001$) pero no entre el día 7 y el día 14. También mejoraron las puntuaciones del CFQ ($p<0,0001$) del ESS ($p=0,005$) y del HADS ($p=0,041$) del día 0 y del día 7 pero no entre el día 7 y el día 14. Al final del estudio 11 pacientes respondieron a la pregunta, 10 eligieron continuar con Modafinilo. De los 15 pacientes, 9 presentaron efectos

adversos leves como cefalea, náuseas, ansiedad y somnolencia.

Los autores destacan el beneficio rápido y la buena tolerancia del tratamiento y al mismo tiempo las limitaciones del estudio debidas a la ausencia de grupo control, importante en los tratamientos de la astenia ya que se ha comprobado el sesgo debido al efecto placebo, y el que sea una muestra pequeña de pacientes. Concluyen finalmente que los resultados de este estudio piloto sirven para ver que es factible realizar un estudio controlado posterior.

Comentario

La astenia es un síntoma multifactorial y por ello de más difícil control, los psicoestimulantes han demostrado ser útiles para mejorarlo. Este estudio tendría la virtud de que la muestra, aunque es pequeña (se trata de un estudio piloto), está bien definida, lo cual da más fuerza a los resultados. Quizá podríamos señalar que es una muestra de pacientes con enfermedad avanzada pero con un estado general bueno, (ECOG de 1 y 2) y quizá no sea la situación de la mayoría de nuestros pacientes. Se echa de menos alguna referencia a la disnea, que es un síntoma prevalente en los pacientes con cáncer de pulmón y que influye en la astenia, aunque quizá los pacientes de la muestra tenían buen estado general y la disnea no era un problema importante en ellos. En cualquier caso se trata de un estudio piloto que apunta la eficacia de uno de los pocos fármacos con los que contamos para el tratamiento de la astenia, esperamos que el estudio controlado pueda dar también buenos resultados y en una muestra amplia.

Palliative Medicine

Revisor: Ana De Santiago Ruiz, 29-05-2009
Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Desafíos y lecciones aprendidas después de llevar a cabo investigación en Cuidados Paliativos.

O'Mara AM, St. Germain D, Ferrell B, Bornemann T. Challenges to and lessons learned from conducting Palliative Care research. J Pain Symptom Manage. 2009; 37: 387-94.

Se ha realizado una encuesta online entre investigadores que recibieron apoyo económico para proyectos dirigidos a superar las barreras que dificultan que los enfermos oncológicos reciban un buen control de síntomas. La mayoría incluía técnicas cualitativas y cuantitativas. Respondieron 15 (94%) de los 16 investigadores que se contactaron. Los datos se obtuvieron en 2006 y confirmaron en 2007. Los cuestionarios incluyeron preguntas abiertas y cerradas centradas en un perfil concreto de cuestiones. 9 (60%) de 15 refirieron problemas en relación con la aprobación del protocolo por parte de los Comités de sus Centros. Estos problemas podían ser tanto de fondo, como el consentimiento (bien por tratarse de cuestiones

psicosociales o porque en algunos casos era telefónico) como de forma (por la falta de costumbre de afrontar este tipo de trámites, por las demoras de las reuniones del Comité o por tener que obtener aprobaciones para estudios multicéntricos, lo que podía acarrear retrasos de hasta un año). 10 (67%) de 15 reconocieron problemas en la contratación de personal colaborador: cambios en el personal (en algunos casos fue preciso sustituir a personas de referencia) o necesidad de subcontratar parte de la gestión, lo que suponía problemas tanto con quien se delegaba el trabajo como con quien aportaba el apoyo económico. 12 (80%) de 15 encontraron problemas en el reclutamiento de enfermos, también por la actitud conservadora o sobreprotectora de los propios investigadores. La alternativa que resultó más eficaz para incluir pacientes fue que los propios investigadores participaran en la atención clínica de los pacientes. Por último, se evidenció que entre los 15 estudios se emplearon 80 escalas diferentes para la evaluación de diferentes problemas, de las que sólo 9 (11%) se emplearon en más de un trabajo. Además, 12 (15%) de estas escalas no habían sido publicadas previamente y/o se habían diseñado específicamente para ese estudio.

Comentario

Este estudio se centra únicamente en algunos de los perfiles que marcan las dificultades de la investigación en Cuidados Paliativos. Aun así, llama la atención que los resultados plasman lo que es la experiencia de muchos grupos (no sólo en USA) que intentan investigar, especialmente en Cuidados Paliativos: los problemas de las aprobaciones de los Comités de Investigación, que con frecuencia no comprenden el perfil del estudio ni las características y las necesidades del enfermo terminal, las dificultades para contratar personal cualificado, los problemas para incluir pacientes o con la validación de los instrumentos de medida. El estudio no aporta soluciones pero nos recuerda que los problemas que nos afectan son, al fin y al cabo, universales. Y si los demás los han afrontado y los han superado, ¿por qué no vamos a poder hacerlo nosotros?

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-04-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Legalización de la eutanasia o el suicidio asistido médicamente: Estudio sobre las actitudes de los médicos.

C Seale. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. Palliat Med. 2009; 23: 205-212.

Este estudio refleja la opinión de los médicos británicos sobre la legalización de la muerte asistida médicamente

[Eutanasia (E) y suicidio asistido por un médico (SAM)]. Un cuestionario, enviado por correo postal, fue realizado por 3733 médicos del Reino Unido. La mayoría de los médicos se oponían a su legalización, en contraste con la población general. Una fuerte creencia religiosa se asocia independientemente a la oposición a la muerte asistida. El hecho de tratar un mayor número de pacientes que mueren, no se pudo demostrar que fuera una variable independiente en relación a la oposición.

Muchos de los facultativos que apoyan la legalización, igualmente expresan sus reservas y aclaman por la garantía de que se cumplan todos los requisitos. Asimismo, muchos de los doctores que se oponen a la legalización, creen y aceptan que las decisiones de "no tratar" o algunos tratamientos que paliar los síntomas pueden acortar la vida.

Comentario

Periódicamente asistimos en gran parte de los países europeos, y en el resto del mundo, a intentos de reabrir el debate sobre la despenalización de la E o el SAM.

Este estudio como otros publicados en países europeos revela cómo la mayoría de los médicos británicos no apoyarían una ley que legalizara la E o el SAM.

El estudio está realizado en base a un cuestionario que previamente se había formulado a la población general, con lo cual claramente se aprecian las diferencias entre lo que dice las personas (que en su mayoría no tendrían una enfermedad terminal) y lo que opinan médicos que atienden a los pacientes que están en la última fase de su vida.

Las tasas de respuestas fueron bajas (De 8857, respondieron 3733) mayores en aquellas especialidades médicas que atendían a un mayor número de pacientes en situación terminal (Medicina Paliativa, Geriátrica o Neurología). Las especialidades que más se opusieron a la despenalización, como en la mayoría de los estudios, fueron los equipos de cuidados paliativos y los geriatras. En el análisis bivalente se demostró que la oposición se relacionaba con: La fuerte creencia religiosa, el mayor número de pacientes con enfermedad terminal atendidos y el pertenecer a un equipo de cuidados paliativos.

En el análisis cualitativo de los comentarios vertidos por 176 doctores se observaba que un 31% de las declaraciones eran favorables a la despenalización, un 37% en contra y un 33% se entendían como neutrales.

De los que estaban a favor, un 45% lo entendían, siempre y cuando se dieran claras garantías del proceso.

De los que estaban en contra, un 36% manifestaban explícitamente su opinión favorable, a retirada de tratamiento o inicio de terapia paliativa, aunque ello pudiera acortar la vida.

En resumen, un estudio tanto cuantitativo como cualitativo, metodológicamente correcto, que parece muy interesante a la hora de que se tenga en cuenta las opiniones y actitudes de los médicos en general, y más de los que atienden en primera persona a los protagonistas de esta película, los enfermos en situación terminal.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 24-04-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Participación de los pacientes en las decisiones relativas a la limitación de los tratamientos: papel crucial del acuerdo entre médico y paciente.

Winkler EC, Reiter-Theil S, Lange-Rieß D, Schmahl-Menges N, Hiddeman W. Patient involvement in decisions to limit treatment: the crucial role of agreement between physician and patient. J Clin Oncol. 2009;27:2225-30.

Los autores llevan a cabo un estudio cualitativo prospectivo con 70 pacientes oncológicos avanzados (mediana de edad, 58 años; de tiempo desde el diagnóstico, un año; de índice Karnofsky, 50%) en que se valoró la conveniencia de los tratamientos dirigidos a prolongar la supervivencia. El objetivo es describir el proceso de la toma de decisiones relativas a limitación de estos tratamientos y conocer en qué medida los pacientes participan en estas decisiones y cuáles son los factores que influyen en esta participación. Se incluyeron datos de la historia clínica, de entrevistas con médicos, enfermeras y pacientes y del seguimiento diario de la toma de decisiones. Fue preciso tomar decisiones en 63 (90%) pacientes: en la mayoría se refirieron al ingreso en UVI o al mantenimiento de medidas de soporte vital, en 14 (20%) fueron relativas a suspender la quimioterapia, en 5 (7%) a una posible cirugía, en 4 (6%) a la indicación de antibióticos y en 2 (3%) a radioterapia. Según el médico, al menos el 90% de los pacientes había recibido información sobre el diagnóstico, la evolución de la enfermedad y las posibles opciones terapéuticas. Sin embargo, menos de la mitad de los enfermos refería haber recibido esta información. La cuestión de los posibles tratamientos dirigidos a prolongar la supervivencia se había tratado con la mitad de los enfermos pero sólo un tercio tenía conciencia de haber participado en la toma de decisiones. En todo caso, los médicos tenían conciencia de la actitud de la mayor parte de los pacientes se resumía en que dos de cada tres se inclinaban por los tratamientos centrados en la calidad de vida y uno de cada tres en prolongar la supervivencia. El acuerdo entre médico y paciente fue mayor en los enfermos que se centraron más en la calidad de vida que en prolongar la supervivencia (91% vs. 47%; $p < 0,001$), al igual que la proporción de pacientes que participó en la toma de decisiones fue mayor entre lo que dieron más importancia a la calidad de vida (74% vs. 37%; $p = 0,01$).

Comentario

El primer dato a tener en cuenta es que el perfil de las preocupaciones de los médicos y pacientes no parece coincidir con el que es más habitual en nuestro medio dentro del ámbito de los Cuidados Paliativos. Así, los problemas se centran más en el mantenimiento de las medidas activas de soporte vital que en la posible futilidad de otros tratamientos más cercanos: quimioterapia/radioterapia paliativa, una intervención quirúrgica o el empleo de antibióticos. Llama la atención,

además, como la mitad de enfermos desconoce haber recibido una información sobre su enfermedad que el médico refiere que sí que ha transmitido. Este dato puede resultar práctico para aprender a no confiar demasiado en lo que el paciente refiere conocer o no o en cómo dice que ha sido informado. Por último, los datos parecen sugerir que la participación de los pacientes en la toma de decisiones no parece modificar la que médico considera más adecuada, especialmente cuando esta se centra en el alivio de síntomas y la calidad de vida.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-04-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Validación del cuestionario QLQ-LMC21 para la evaluación de resultados informados por el paciente durante el tratamiento del cáncer colorrectal con metástasis hepáticas.

Blazeby JM, Fayers P, Conroy T, Sezer O, Ramage J, Rees M; European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-LMC21 questionnaire for assessment of patient-reported outcomes during treatment of colorectal liver metastases. Br J Surg. 2009;96(3):291-8.

El cáncer colorrectal es la segunda neoplasia maligna más frecuente y ocupa el segundo lugar como causa de muerte relacionada con el cáncer. Al menos el 40 por ciento de los pacientes con cáncer colorrectal desarrollan metástasis hepáticas. Últimamente y como pauta extendida se recaba información sobre medidas como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) lleva adoptando desde hace años, un enfoque modular para la evaluación de resultados informados por los pacientes en los ensayos clínicos. La EORTC utiliza un cuestionario genérico, el EORTC QLQ-C30, que evalúa los aspectos básicos de la salud, y complementariamente emplea módulos para evaluar los síntomas específicos y efectos secundarios del tratamiento. Recientemente la EORTC ha desarrollado un módulo mediante un cuestionario para los pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepáticas, el EORTC QLQ-LMC21, con justamente 21 ítems. El objetivo de este estudio fue poner a prueba las cualidades psicométricas de fiabilidad y validez del QLQ-LMC21 en pacientes con metástasis hepática de cáncer colorrectal, ya sea en la resección hepática o tratamiento paliativo. Para ello, se incluyeron 356 pacientes entre los meses de abril de 2004 y mayo de 2007, con un diagnóstico de adenocarcinoma de colon o recto y metástasis hepáticas, con una supervivencia esperada de al menos 4 semanas. Los pacientes pertenecían a cuatro centros de Francia,

Alemania y Reino Unido. Se formaron dos grupos, el primero con pacientes que se iban a someter a resección hepática y el segundo con un tratamiento con intención paliativa. Todos los pacientes completaron el QLQ-C30 y el QLQ-LMC21 antes del tratamiento y 3 meses después. De los 356 pacientes en el estudio, 263 se sometieron a hepatectomía (grupo 1) y 93 recibieron tratamiento paliativo (grupo 2).

El módulo final del QLQ-LMC21 tiene cuatro escalas (nutrición, fatiga, dolor y problemas emocionales). La fiabilidad medida mediante la consistencia interna de las escalas (Coeficiente alfa de Cronbach) fue alta en la mayoría de las escalas (al menos 0,69). En cuanto a la validez de criterio (comparación con el QLQ-C30 como gold standard) las correlaciones entre las escalas del nuevo módulo y el QLQ-C30 en general son débiles, a excepción de las escalas similares en ambos instrumentos (por ejemplo, la escala de fatiga del QLQ-LMC21 y la escala de fatiga, la física, el papel y función social en las escalas del QLQ-C30, $r >= 0,60$). La validez de contenido se abordó principalmente durante las fases de desarrollo del cuestionario, que incluyó una búsqueda extensa de la literatura y entrevistas con pacientes. Señalar que los pacientes seleccionados para la hepatectomía informaron de una mejor calidad de vida y menos síntomas en todas las escalas del QLQ-C30 y QLQ-LMC21. El módulo también demuestra que es sensible a los cambios en la salud a través del tiempo.

Comentario

Desde esta última década ha crecido el interés por incluir mediciones de CV más completas sobre la evolución de los pacientes; sin embargo, los instrumentos utilizados para ello son escasos, y muchas veces resultan metodológicamente deficientes o psicométricamente inapropiados para individuos que padecen un cáncer.

La mayoría de los instrumentos que se utilizan con estos fines son genéricos, es decir, sirven para comparar poblaciones de enfermos, pero son poco eficaces para evaluar cambios en enfermedades específicas. El "juez real" de la CV es el propio paciente, y la forma más apropiada de medirla, es a través de su propia historia. La CV es uno de los resultados estudiados como factor pronóstico, pudiendo evidenciar la morbilidad, los costos y efectos colaterales del tratamiento propuesto. Los estudios de CV han permitido la mejor comprensión del impacto de diversas terapias. Langendijk et al. en el año 2000, a través de un análisis multivariable y de cuestionarios auto-aplicables validados por la EORTC, no encontró diferencias en funcionalidad en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas, sin embargo, demostró que en el tratamiento global diario la CV era el factor pronóstico más relevante en la supervivencia. Por tanto, el empleo de este cuestionario conjuntamente con el QLQ-C30 en los ensayos clínicos y demás investigaciones debería ser convenientemente utilizados en pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepáticas.

Juan Máximo Molina Linde
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Sevilla.

Otras revistas

Revisor: María Nabal Vicuña, 30-04-2009
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Decisiones al final de la vida en Reino Unido que afectan a los médicos.

C Seale. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. Palliat Med. 2009;233:198-204.

Este estudio analiza la frecuencia de diferentes decisiones médicas al final de la vida (ELDs) en el Reino Unido (RU) en el período 2007-2008, comparando los datos con 2004. El estudio a través de correo postal fue llevado a cabo con 8857 médicos, de los cuales 3733 (42%) respondieron; de ellos 2869 habían atendido al menos una persona que falleció en el último año.

La proporción de muertes en RU correspondían a: 1. Eutanasia (0,21%). 2. Suicidio asistido por un médico (0%), 3. Finalización de la vida sin solicitud explícita del paciente (0,30%). Otras ELDs incluyeron: Decisiones de No tratar (21,8%) y medidas con "doble efecto" (17,1%), las cuales representaron un número menor que en 2004 y raramente se consideró que afectarían al hecho de acortar la vida. La sedación continua profunda (16,5%) es relativamente frecuente en RU, particularmente en los hospitales, atención domiciliaria y en pacientes más jóvenes.

Estudios de investigación requieren mayor atención sobre la formulación de las preguntas y redacción de los cuestionarios. La alta tasa de sedación comparada con otros países es un aspecto que debe estudiarse.

Comentario

Este artículo representa un segundo estudio sobre ELDs en RU en los años 2007-2008, actualizando las preguntas previas, que básicamente han sido las comunes en la mayoría de los estudios europeos a partir de los llevados a cabo por Van der Maas y Van der Heide en Holanda. El acierto en la reformulación (redacción) de las preguntas hace que claramente los resultados sean diferentes de los obtenidos en 2004, lo que una vez más nos hace insistir en la importancia de encontrar la pregunta adecuada para responder a las hipótesis iniciales.

Llama la atención la escasa tasa de respuesta (42%) del total de los encuestados, con lo cual los resultados (aunque los autores explican que no varían) hay que tomarlos con cierta cautela.

Aunque se exponen los apartados y definiciones correctamente, sobre las cuales posteriormente se extraen las preguntas, no tenemos "acceso" a través de su lectura a ver qué aspecto (forma y contenido) tiene el mismo, desconocemos si las instrucciones dadas fueron claras y si hubo un pilotaje inicial. Pese a todo, en mi opinión es un trabajo muy interesante sobre cómo pueden cambiar las respuestas, en relación a actitudes y opiniones de los médicos en RU frente a dilemas éticos al final de la vida, dando "un cierto giro" a las preguntas formuladas.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 05-05-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Revisión sistemática de la efectividad de la administración tópica de opioides en Cuidados Paliativos.

LeBon B, Zeppetella G, Higginson IJ. Effectiveness of topical administration of opioids in palliative care: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2009; 37: 913-7.

Esta revisión sistemática de la literatura, finalizada en Agosto de 2006, se dirige a valorar la efectividad de la administración tópica de opioides en Cuidados Paliativos. Aparte de la calidad metodológica de los estudios, se ha valorado el alivio del dolor, la demora y la duración del efecto y los efectos secundarios. Se han encontrado 19 estudios: seis ensayos comparativos con distribución aleatoria y 13 series de casos. El número de pacientes incluidos en los ensayos se situó entre 5 y 26 y en todo caso las pérdidas de enfermos a lo largo del estudio fueron elevadas. Se valoró la aplicación tópica en úlceras (tumoraes y no tumoraes) y en estomatitis. Los fármacos empleados fueron morfina, oxicodona, meperidina, diamorfina y metadona, incluidos generalmente en algún tipo de hidrogel. Se administraron en periodos que oscilaban entre las 4 y las 24 horas. 18 (95%) de los 19 estudios apoyan la eficacia analgesia de los opioides tópicos aunque sólo seis estudios incluyen una valoración estadística del alivio del dolor. La demora hasta encontrar alivio fue de 0 a 60 minutos y la duración del efecto se movió entre 2 y 45 horas. En sólo tres estudios se refiere la aparición de efectos secundarios. En todo caso, la heterogeneidad de los trabajos impide realizar un metaanálisis conjunto de todos ellos.

Comentario

Más allá de los resultados en cuanto a la eficacia de la administración tópica de opioides, esta revisión muestra un fenómeno habitual en Cuidados Paliativos. Es fácil evidenciar que los estudios sobre una misma cuestión incluyen pocos enfermos (de los que, además, una proporción respetable no llega a concluir el estudio), tienen una calidad metodológica limitada y se llevan a cabo con diseños y sistemas de evaluación diferentes. Así que la revisión lo que puede constatar es únicamente una cierta tendencia común en los resultados, en este caso, en cuanto al efecto analgésico de los opioides tópicos. Pero es prácticamente imposible obtener conclusiones sólidas, cuantificables y con respaldo estadístico.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 08-05-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Sedación controlada para síntomas refractarios en pacientes en situación terminal.

Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. J Pain Symptom Manage. 2009;37:771-9.

Los autores muestran su experiencia en la sedación en los últimos días y evalúan la actitud de los cuidadores implicados en la toma de decisiones. Esta actitud la valoran en dos entrevistas: una antes de la sedación y otra una semana tras el fallecimiento del paciente. Se ha analizado de manera prospectiva una cohorte de 77 pacientes oncológicos que fallecieron en una Unidad hospitalaria de Cuidados Paliativos; a 42 (55%) de ellos se les administraron fármacos con el objetivo de alcanzar una sedación. Los motivos más frecuentes fueron disnea (en 25) y delirium (en 24). La relación entre los familiares y el equipo terapéutico se consideró adecuada en el 90% de los casos. La sugerencia de la sedación partió del equipo en 24 (57%) casos, de la familia en 8 (19%) y de ambos en 9 (21%); sólo en 2 (7%) de las 30 familias estudiadas no hubo un acuerdo unánime en cuanto a la decisión de la sedación. Todos los pacientes que recibieron sedación tenían de inicio mal estado general (IK < 30%) y la mayoría tenía dificultades para toser y deglutir y comenzaba a presentar estertores respiratorios. En 12 pacientes se comenzó con una sedación suave (reducción del nivel de conciencia) y en 28 con una sedación más fuerte (abolición del nivel de conciencia). La mediana de duración de la sedación fue de 22 horas (límites: 2-160). Las dosis de opioides se mantuvieron estables a lo largo del tiempo, en un nivel cercano a una dosis media equivalente de morfina intravenosa de 70 a 90 mg/d. La dosis inicial de midazolam se situó entre 30 y 45 mg/d y fue preciso aumentarla en unos 15 mg cada 12 horas. En menos de la mitad de los pacientes se asoció hioscina. La hidratación se mantuvo en torno a los 500 a 1000 cc/d. Con este tratamiento el grado de agitación pasó a ser mínimo o nulo, mientras que el nivel de sedación permitía cierta respuesta a estímulos físicos. En 2 casos (5%) los familiares solicitaron que se redujese la sedación. La gran mayoría de los familiares consideraron que tanto la decisión como los resultados de la sedación fueron adecuados; tan sólo un familiar (2%) refirió que el paciente siguió sufriendo tras comenzar la sedación.

Comentario

Más allá de la proporción de enfermos que reciben sedación y de las indicaciones y la evidencia de refractariedad de los problemas, este estudio puede ser una buena fotografía de la práctica clínica de la sedación en una Unidad hospitalaria. Y es probable que muchos profesionales se vean reflejados en los tratamientos y los resultados. Aunque los autores

sugieren que los enfermos con sedación vivieron más (tuvieron un ingreso más prolongado) que los no sedados, este dato hay valorarlo con mucha prudencia ya que son dos grupos difícilmente comparables. En cuanto al concepto de sedación en los últimos días, en este trabajo no llegan al 10% los pacientes que participan en la toma de decisiones, algo que no cuadra con las definiciones que se manejan en nuestro medio. En esta línea, también resulta difícil admitir como sedación la del paciente que está en delirium ya que es incapaz de decidir y, además, si el delirium terminal es refractario lo que requiere es la medicación sintomática paliativa (sedante) adecuada.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 08-05-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

Estudio comparativo, doble ciego y con distribución aleatoria sobre los efectos de d-metilfenidato en la astenia y la alteración cognitiva de las mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia complementaria.

Mar Fan HG, Clemons M, Xu W, et al. A randomised, placebo-controlled, double-blind trial of the effects of d-methylphenidate on fatigue and cognitive dysfunction in women undergoing adjuvant chemotherapy for breast cancer. Support Care Cancer. 2008;16:577-83.

En este estudio se valora el beneficio del metilfenidato en la función cognitiva y la astenia de las mujeres que reciben quimioterapia complementaria tras ser intervenidas de cáncer de mama. El estudio se cerró por reclutamiento lento cuando sólo se habían incluido 57 (34%) de las 170 pacientes previstas, suficientes para detectar una diferencia del 15% en la proporción de enfermas con disfunción cognitiva o una diferencia de 12 puntos en la puntuación media del FACT-F entre los dos grupos. Los autores sugieren que la causa de este retraso es que las pacientes rechazaban participar porque no deseaban recibir más medicamentos, especialmente metilfenidato. De acuerdo con el diseño, las pacientes se incluyeron cuando habían comenzado a recibir quimioterapia. A todas se les administró inicialmente placebo y al cabo de 3 a 4 semanas, si el cumplimiento había sido adecuado, se las distribuía de manera aleatoria entre continuar con placebo o comenzar con dextro-metilfenidato (5 mg cada 12 horas); en función de la tolerancia se podían alcanzar los 10 mg cada 12 horas. Este tratamiento se mantenía hasta acabar la quimioterapia. Se evaluaron las funciones cognitivas antes de la asignación aleatoria, al final de la quimioterapia y tras un seguimiento de 4 a 6 meses. Los instrumentos que se emplearon fueron el Mini-Mental Status Exam, el High Sensitivity Cognitive Screen (HSCS), que valora memoria, lenguaje, atención, coordinación y autocontrol, y el Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R) que mide el aprendizaje verbal. También se

incluyó el HADS. La evaluación de la calidad de vida y de la astenia se llevó a cabo con el FACT-G y el FACT-F, que se completaron también tras cada ciclo de quimioterapia. También se registraron los posibles efectos secundarios. Concluyeron el estudio 39 (68%) de las enfermas. No se encontraron diferencias relevantes entre los dos grupos en ninguno de los parámetros a lo largo del tiempo. Al terminar el tratamiento fue mayor la proporción de enfermas que tuvieron sensación de haber recibido un fármaco activo fue mayor con placebo que con metilfenidato (60% vs. 32%; $p = 0,04$). En conjunto, sólo una de cada cinco enfermas se encontraba animada a continuar recibiendo el tratamiento asignado una vez concluido el estudio.

Comentario

Es cierto que el estudio se cerró cuando sólo se había incluido una tercera parte de las pacientes previstas. Pero incluso con tan pocas enfermas los datos parecen descartar un efecto relevante y, sobre todo, prolongado del metilfenidato. Además, es probable que el propio diseño no haya ayudado a detectar algún efecto, si lo hubiese. Por una parte, no se seleccionó una población con más astenia o más problemas cognitivos, por lo que el estudio parece dirigirse más a la prevención de estos problemas que a su tratamiento. Además, los plazos tan prolongados entre diferentes evaluaciones hacen que los efectos más inmediatos se pierdan y, con el tiempo, tiendan a igualarse por una cierta desviación a la media.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 15-05-2009
Hospital Universitario del Río Hortega

¿La oxigenoterapia domiciliaria mejora la disnea? Un estudio de cohorte.

Currow DC, Smith J, Abernethy AP. Does palliative home oxygen improve dyspnoea? A consecutive cohort study. Palliat Med. 2009(23):309-316.

La oxigenoterapia paliativa para la disnea refractaria es utilizada frecuentemente, incluso cuando no existen criterios de oxigenoterapia domiciliaria. Se sabe poco sobre cómo el oxígeno domiciliario paliativo afecta la disnea sintomática. Una cohorte de pacientes procedente de un programa regional de cuidados paliativos en Australia, les sirvió a los autores para comparar la disnea antes y después de la utilización de oxigenoterapia (EVA:0-10). Las variables demográficas y clínicas de los pacientes se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariante. De la población de estudio ($n=5862$), al 21% se le prescribió oxigenoterapia, de los cuales 413 tenían datos sobre el control de la disnea antes y después de la oxigenoterapia, estos son los que fueron incluidos en este análisis. La media de la disnea antes de la oxigenoterapia domiciliaria fue de 5,3 (sd:2,5). No hubo diferencias significativas en la primera y segunda

semanas. 150 pacientes (de 413), tuvieron más de un 20% de mejoría en la EVA de la disnea. En el análisis multifactorial, ni el diagnóstico suyacente ni las variables demográficas predijeron los respondedores en la primera semana. Así pues el oxígeno prescrito por sí solo no parece mejorar la disnea en la mayoría de los pacientes oncológicos.

Comentario

La población inicial de estudio, $n=5862$ y el diseño presentado, un estudio longitudinal, parecían presagiar unos resultados aplicables a nuestra población. Sin embargo el análisis es post-hoc aunque los datos sean recogidos prospectivamente. Ello lleva a los autores a analizar realmente a 413 pacientes. Un 20% de los enfermos mejoró de la disnea, pero no se apunta qué intervenciones farmacológicas y no farmacológicas se llevaban a cabo en los dos grupos. Llama la atención que, en el contexto de la enfermedad terminal, todos los enfermos fueran capaces de responder adecuadamente a la EVA de la disnea como medida. Los que trabajamos en cuidados paliativos, aun a sabiendas que no hay un gold standard de la medida de la disnea y que la EVA es la más frecuentemente utilizada, en no pocas ocasiones nos encontramos con la dificultad de que nuestros enfermos no entienden, o que existe un deterioro en el nivel cognitivo que no nos permite su monitorización con esta escala.

Como muy bien apuntan los autores, la oxigenoterapia es ampliamente utilizada en los pacientes con disnea al final de la vida, pero no hay estudios concluyentes para poder saber en qué subgrupos de enfermos, la disnea mejorará, y es que sólo el grado de hipoxemia se ha demostrado que no es un indicador fiel.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 07-06-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Múltiples Fuentes: Buscando la información en cuidados paliativos.

Tieman JJ, Currow DC. Multiple sources: mapping the literature of palliative care. Palliat Med. 2009;23:425-431.

Los cuidados paliativos constituyen un área de la práctica clínica que se va incrementando progresivamente en los servicios de salud. La diversidad de enfermedades que engloban el campo de la medicina paliativa y su naturaleza multidisciplinar requieren las aportaciones científicas de varias áreas de conocimiento. Esto tiene implicaciones a la hora de la recogida de la evidencia científica en cuidados paliativos. Este estudio muestra que las bases de datos: CINAHL, Embase y PsycINFO recogen gran cantidad de artículos que no se encuentran indexados en MEDLINE. Asimismo llama la atención el gran número y variedad de publicaciones científicas que abordan aspectos relacionados

con la medicina paliativa. Solo en 2005 se publicaron 6983 artículos en 1985 revistas científicas. Estos hallazgos muestran el reto que supone para los profesionales de cuidados paliativos el acceder a la compleja evidencia científica en "materia paliativa", así como la importancia de las diferentes mecanismos que nos ayuden a su manejo.

Comentario

Las versiones de OVID de todas las bases de datos fueron las consultadas para llevar a cabo este estudio. Este trabajo muestra una cantidad sustancial de literatura sobre cuidados paliativos que se va incrementando progresivamente en los últimos años. La búsqueda realizada por los autores (tres términos: palliat OR hospice OR terminal care) realizada sobre cuatro bases de datos bibliográficas reportó aproximadamente 120000 citas. Casi 60000 de estas estaban indexadas en MEDLINE. Sin embargo, en CINAHL, EMBASE y PsycINFO, se encontraron unas 40000 citas no indexadas en MEDLINE. Así pues, no sólo asistimos a un incremento de las citas en MEDLINE, sino que la producción científica recogida en las bases CINAHL, EMBASE y PsycINFO, y no en MEDLINE, también está aumentando; o dicho de otra manera, en cuidados paliativos una revisión "seria" para intentar dar respuesta a preguntas que nos planteamos en nuestra actividad diaria no puede pasar por consultar sólo MEDLINE, ¿lo hacemos?

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 27-06-2009
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz