

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



48ª Entrega. Marzo 2012

INDICE

Articulo	Pag.
Efecto del inicio temprano de los cuidados paliativos en el empleo de quimioterapia y en los cuidados al final de la vida en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico.	1
Paradojas en la planificación de la atención en la etapa terminal: las complejas relaciones entre los pacientes oncológicos, sus médicos y las voluntades anticipadas.	1
Consenso sobre los estándares de mejor cuidado de soporte en ensayos clínicos en cáncer avanzado.	2
Estudio de cohorte sobre las conversaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con cáncer avanzado.	2
¿La ingesta rutinaria de probióticos junto con antibióticos previene de la diarrea inducida por antibióticos?	3
Detectar depresión en los pacientes con cáncer	3
Los síntomas depresivos durante el primer ciclo de quimioterapia predicen mortalidad en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado.	4
Estado emocional y calidad de vida del paciente con cáncer de pulmón cuando el médico de familia participa en el cuidado del paciente.	4
Comparación de la utilidad pronóstica del Mini Mental State Examination y del Montreal Cognitive Assessment en pacientes con metástasis cerebrales.	5
Desarrollo de un servicio de intervención en disnea para pacientes con necesidad de cuidados paliativos y de soporte, independientemente del diagnóstico.	5
Patrones de prescripción de neurolépticos en pacientes con cáncer avanzado y delirium.	6
El Palliative Prognostic Index en la predicción de la supervivencia y de la mortalidad hospitalaria en pacientes con cáncer avanzado en Kuwait.	6
Impacto de las infecciones en la supervivencia de pacientes con cáncer avanzado hospitalizados.	7
Vacíos en la evidencia sobre el uso de opioides para la disnea. ¿Un futuro plan de trabajo?	7
La promesa incumplida: una revisión sistemática de las intervenciones dirigidas a las necesidades no satisfechas de los pacientes con cáncer.	8
Titulación lenta versus titulación estándar de paroxetina para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer.	8
Actitudes de los médicos del Reino Unido hacia la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Una revisión sistemática de la literatura.	9
Las opiniones sobre la Eutanasia de los pacientes con cáncer terminal: ¿Una expresión de autonomía?. Un estudio cualitativo.	9

Efecto del inicio temprano de los cuidados paliativos en el empleo de quimioterapia y en los cuidados al final de la vida en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico.

Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. *Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol 2012; 30: 394-400.*

Los resultados de este trabajo provienen del mismo estudio comparativo con distribución aleatoria con 151 pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico publicado por Temel (NEJM 2010, JCO 2011) que compara el impacto del inicio temprano del seguimiento por parte de un Equipo de Cuidados Paliativos. En este análisis, realizado tras el fallecimiento de 133 (88%) de los pacientes incluidos. Recibieron quimioterapia paliativa el 92% de los pacientes con atención paliativa temprana y el 96% del grupo control ($p = 0,49$). El número de líneas de quimioterapia fue similar en ambos brazos (mediana: 2; rango intercuartílico: 1-3 líneas). Globalmente, la quimioterapia intravenosa se suspendió una mediana de 49 días antes del fallecimiento mientras que la quimioterapia oral se mantuvo hasta 24 días antes ($p = 0,001$). La mediana de tiempo entre la última dosis de quimioterapia intravenosa y el fallecimiento fue mayor en el grupo de atención paliativa temprana (64 vs. 41 días; $p = 0,02$). Las diferencias en la proporción de pacientes que reciben quimioterapia intravenosa el último mes son menos relevantes (30% vs. 46%; $p = 0,14$). Tras ajustar por sexo, edad y estado general, en los pacientes con cuidados paliativos tempranos la probabilidad de recibir quimioterapia en los dos últimos meses de vida se reduce a la mitad (OR 0,47; IC 95%: 0,23 a 0,99; $p = 0,05$). El tiempo desde la última dosis de quimioterapia oral hasta el fallecimiento fue similar en ambos brazos ($p = 0,96$). La probabilidad de cuidados paliativos en la etapa terminal fue similar en los dos brazos (71% vs. 66%; $p = 0,57$). Sin embargo, los pacientes con atención paliativa precoz comenzaron a recibir antes estos cuidados tipo Hospice (mediana: 24 vs. 10 días antes del fallecimiento; $p = 0,02$), lo que se traduce también en una probabilidad mayor de estar recibiendo estos cuidados los últimos siete días de vida (60% vs. 33%; $p = 0,004$). La probabilidad de fallecimiento en el domicilio fue similar en ambos brazos (66% vs. 55%; $p = 0,28$).

Comentario

Estos resultados completan las publicaciones previas de Temel (NEJM 2010; JCO 2011). En conjunto llama la atención que la atención paliativa temprana no reduce el empleo de quimioterapia pero sí que se traduce en que es más probable que se suspenda antes este tratamiento, cuando se hace menos eficaz y/o más tóxico, o para que al menos los esquemas más agresivos (vía intravenosa) dejen paso a otros tratamientos más tolerables (vía oral). Por lo demás, esta atención paliativa temprana ayuda a que el paciente tenga conciencia de que existen cuidados tipo Hospice (cuidados paliativos de la etapa terminal, del último mes) y facilita que opte a ellos cuando todavía la esperanza de vida es de semanas y no sólo de días (u horas).

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 28-01-2012
Hospital Universitario del Río Hortega

Paradojas en la planificación de la atención en la etapa terminal: las complejas relaciones entre los pacientes oncológicos, sus médicos y las voluntades anticipadas.

Dow LA, Matsuyama RK, Ramakrishnan V, et al. *Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of oncology patients, their physicians, and advance medical directives. J Clin Oncol 2010; 28: 299-304.*

Diez años antes, un estudio (J Palliat Med 2000;3:27-35) mostraba que la gran mayoría de los pacientes oncológicos preferían hablar de las voluntades anticipadas con otro médico en vez del oncólogo que les atendía. Para conocer si esta situación paradójica ha cambiado en estos años se han realizado entrevistas semiestructuradas a 75 pacientes oncológicos ingresados. La media de edad era de 51 años y en su mayoría padecían tumores hematológicos. La proporción de pacientes que conocía el concepto de voluntades anticipadas fue mayor entre los que también comprendían el de los cuidados tipo Hospice (80% vs. 50%; $p = 0,01$). Del total de pacientes, 31 (41%) habían expresado sus voluntades anticipadas; la probabilidad de haberlas expresado aumenta con la edad. Hubo 36 (48%) pacientes que referían que el médico con el que les gustaría plantear las voluntades anticipadas era el oncólogo, sólo en 5 (22%) de los 23 que habían hablado de este tema lo había hecho con el oncólogo. En cuanto al perfil del médico que debería plantear el tema las respuestas se decantan casi a partes iguales entre el que mejor conozca al paciente, el que mejor conozca la enfermedad, el que haya tenido más trato o el más agradable. Además, 65 (87%) estaban de acuerdo en que existiera la posibilidad de hablar sobre las voluntades anticipadas (un tema que consideraban importante) en el proceso del ingreso hospitalario, por lo que el que debería plantearlo sería el médico que lo ingresa en el hospital que termina siendo el que la lleva a cabo en dos de cada tres casos en que mantiene esta conversación.

Comentario

El trabajo aunque parece sencillo (ya que se centra en porcentajes de respuestas en un cuestionario) resulta un poco farragoso en el desglose de porcentajes y de proporciones sobre proporciones referidas a cuestiones muy similares. En todo caso el mensaje es interesante. Los pacientes (todos de ámbito USA) se muestran ambivalentes ante el cómo plantear el tema de las voluntades anticipadas. La mitad piensa que el médico más adecuado es el oncólogo pero consideran que este

tema tiene un perfil relativamente médico-legal y/o administrativo y, de hecho, debería resolverse de una manera menos personalizada dentro del ingreso hospitalario por parte del médico o del equipo (médico-administrativo) que tramita el ingreso. Además, este planteamiento es muy similar al que se habían encontrado en un estudio similar diez años antes. Más que para sacar grandes conclusiones, la idea que parece subyacer en este estudio (y que aparece en el título) es el de la paradoja en las actitudes y las realidades de la atención al paciente oncológico. Hay que contar con estas paradojas, como hay que contar con las actitudes ambivalentes o los procesos de negación. Por eso, acercarse a los problemas y la atención (médica y psicoemocional) del paciente avanzado como si fueran siempre algo absolutamente lógico, lineal y razonable puede no ser el mejor camino.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 29-01-2012
Hospital Universitario del Río Hortega

Consenso sobre los estándares de mejor cuidado de soporte en ensayos clínicos en cáncer avanzado.

Zafar SY, Currow DC, Cherny N, Strasser F, Fowler R, Abernethy AP. Consensus-based standards for best supportive care in clinical trials in advanced cancer. Lancet Oncol 2012; 13: e77-82.

Los mejores cuidados de soporte (best supportive care, BSC) se incluyen en ensayos clínicos como criterio de referencia de lo que es la atención de enfermos avanzados. Este BSC suele ser el patrón de referencia (en el brazo control) en estudios clínicos que valoran la eficacia de los tratamientos oncológicos en pacientes oncológicos. Sin embargo, el concepto de BSC no está estandarizado. Este trabajo presenta las recomendaciones de un panel de 36 expertos sobre los criterios básicos para definir cuáles son estos BSC. La sistemática de trabajo se basó en una metodología Delphi, primero con cuestiones abiertas y luego con seis rondas sucesivas dirigidas a encontrar un consenso. Se consideró que había acuerdo cuando más del 70% de los expertos daba la máxima puntuación (5 sobre 5) a una idea. Se identificaron cuatro dominios principales dentro del BSC cada uno con diferentes componentes. 1. Atención interdisciplinar. Los pacientes deben tener acceso al equipo interdisciplinar de cuidados paliativos (médico, enfermera, apoyo espiritual, trabajador social...) mientras reciben tratamiento oncológico; además, deberían estar informados sobre los objetivos del tratamiento oncológico, la importancia de evaluar los síntomas y el papel del control de síntomas dentro del ensayo clínico. 2. Documentación. En cada hospital el protocolo del ensayo debería estar aprobado por un comité que documentara los tratamientos de soporte; que deberían estar estandarizados para todos los pacientes del ensayo; en esta línea, los editores de las revistas científicas deberían interesarse en que los ensayos

de este tipo que se publiquen indiquen específicamente estos BSC. 3. Evaluación. Los síntomas se deben evaluar de manera regular al inicio y a lo largo del ensayo con instrumentos validados, sencillos y accesibles; los intervalos deben ser similares en los dos brazos del estudio. 4. Control de síntomas. El control de síntomas debe adaptarse a directrices basadas en la evidencia de manera que quedase registrado en el protocolo del estudio. Sin embargo, no hubo acuerdo sobre cuál era la mejor denominación: cuidados de soporte basados en la evidencia, mejores cuidados de soporte, cuidados paliativos oncológicos o cuidados de soporte.

Comentario

Este trabajo empieza a aclarar un concepto que se ha prestado a mucha controversia. Se consigue dar un primer paso para evitar que la idea de los mejores cuidados de soporte sea algo subjetivo y bienintencionado, que puede o no cumplirse y que se presta a visiones muy particulares. Tener unas primeras líneas maestras (todavía poco precisas) marca por lo menos unos mínimos metodológicos a los que deberían adaptarse todos los ensayos clínicos que incluyen en alguno de los brazos estos cuidados de soporte.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 17-02-2012
Hospital Universitario del Río Hortega

Estudio de cohorte sobre las conversaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con cáncer avanzado.

Mack JW, Cronin A, Taback N, et al. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. Ann Intern Med 2012; 156: 204-10.

Las directrices americanas recomiendan que los médicos planteen la cuestión de los cuidados de la etapa terminal en los pacientes oncológicos en los que la expectativa de supervivencia es inferior a un año. En este estudio retrospectivo, realizado en USA, se valora en qué proporción, cuándo, dónde y con quién mantienen estas conversaciones 2155 pacientes con cáncer de pulmón o de colon metastáticos, de los que 1470 fallecieron habían fallecido. La conversación se mantuvo una mediana de 5 meses tras el diagnóstico. Se consideró que se había mantenido este tipo de conversación si se había hablado sobre las órdenes de no reanimar, los cuidados paliativos o tipo Hospice o sobre el lugar de fallecimiento. Se han considerado las conversaciones referidas por pacientes o familiares y las registradas en la historia clínica. En 1081 (73%) pacientes se pudo registrar al menos un diálogo sobre el final de la vida; este porcentaje alcanzaba el 87% entre los pacientes fallecidos. El contenido de la conversación incluyó los cuidados tipo Hospice en cerca del 80% de los casos y las órdenes de no reanimar en casi el

50%; los demás temas sólo se plantearon con menos del 15% de los pacientes. Esta conversación se mantuvo en la mayor parte de los casos en los dos últimos meses de vida. La mayor parte (55%) de las conversaciones tuvieron lugar en el hospital. La mitad de los pacientes mantuvieron esta conversación con su oncólogo, aunque los oncólogos no registrarán una de cada dos de estas conversaciones.

Comentario

En los pacientes avanzados que han mantenido una conversación sobre el final de la vida es más probable que reciban una atención paliativa en la etapa terminal y que se eviten los tratamientos más agresivos. Se asume que hay una relación de causa-efecto entre estas conversaciones y la decisión del paciente. Pero también pudiera ser a la inversa; que los que tienen las ideas más claras de cara a limitar los esfuerzos, llegado el caso, serían también los más proclives a mantener este diálogo y a expresar sus voluntades anticipadas. En todo caso, de acuerdo con estos datos de este estudio, la mayor parte de los pacientes en este ambiente (USA) mantienen conversaciones sobre los cuidados al final de la vida. El problema es que no es raro que esta conversación se mantenga sólo en situaciones muy avanzadas (cuando el pronóstico es de semanas), con el enfermo ingresado y por un profesional diferente del oncólogo que ha realizado el tratamiento y se limite a tratar de los cuidados paliativos (tipo Hospice).

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 18-02-2012
Hospital Universitario del Río Hortega

¿La ingesta rutinaria de probióticos junto con antibióticos previene de la diarrea inducida por antibióticos?

Butler CC, Duncan D, Hood K. Does taking probiotics routinely with antibiotics prevent antibiotic associated diarrhoea? BMJ 2012; 344: e682.

La diarrea inducida por antibióticos es un fenómeno común. En algunas series, la incidencia alcanza casi el 50% de los pacientes. Esta incidencia depende de la edad y la presencia de otras patologías y parece aumentar con el empleo de antibióticos de amplio espectro. Y la gravedad varía desde episodios leves autolimitados hasta complicaciones severas (megacolon tóxico, perforación...). Los probióticos (tipo *Lactobacillus*) son microorganismos vivos que cuando se administran en las cantidades adecuadas tienen un efecto beneficioso para la salud. Se supone que favorecen que se restaure la flora intestinal normal. Los riesgos derivados de la toma de probióticos pueden aumentar en pacientes inmunodeprimidos. Los autores revisan los resultados de ensayos clínicos que comparan probióticos y placebo en la prevención de la diarrea inducida por antibióticos. No dan resultados numéricos

porque, aparte de otros problemas metodológicos, hay grandes diferencias en el tipo de probiótico estudiado, el perfil de los pacientes y el modo de medir la eficacia en los diferentes estudios. Hay datos que apoyan el empleo de *S. boulardii*, *L. rhamnosus*, *L. casei* y *L. acidophilus* (aunque no que comparen entre sí). Además, parece que la eficacia aumenta con la dosis. Aun así, no hay evidencia de calidad suficiente como para apoyar el empleo rutinario de probióticos en todos los pacientes para prevenir la diarrea inducida por antibióticos. Sin embargo, sí que parece razonable su empleo (en dosis de 50 millones de colonias) en enfermos más debilitados (pero sin inmunodepresión severa), ingresados, en aquellos que han padecido diarrea inducida por antibióticos y, probablemente, también en niños. El probiótico se debería mantener al menos durante una semana una vez concluido el antibiótico.

Comentario

El estudio parece sencillo. Pero aporta luces sobre un problema muy común y para el que no suele haber grandes soluciones. Aunque los probióticos (tipo yogur y similar) se emplean con frecuencia para prevenir o para paliar la diarrea inducida por antibióticos normalmente el motivo suele ser empírica ya que se suele desconocer la evidencia que lo respalda. En todo caso, parece que los resultados de esta revisión aconsejarían emplear estos probióticos en los pacientes más debilitados, es decir, prácticamente todos o la gran mayoría de los que reciben la atención de equipos de Cuidados Paliativos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 22-02-2012
Hospital Universitario del Río Hortega

Detectar depresión en los pacientes con cáncer

Singer S, Brown A, Einenkel J, Hauss J, Hinz A, Klein A, et al. Identifying tumor patients' depression. Support Care Cancer. 2011;19:1697-1703.

El estudio trata del proceso diagnóstico de depresión en los pacientes con cáncer que ingresan en un hospital de agudos. El objetivo fue analizar la capacidad de identificar depresión de la evaluación enfermera, de la evaluación médica y del cuestionario HADS. Mediante un estudio transversal realizado en varios servicios oncológicos de dos hospitales de agudos de Leipzig, durante casi dos años, se evaluó 329 pacientes oncológicos durante los primeros días de ingreso hospitalario con la Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV, el cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), la exploración de la enfermera y la del médico. En 28 pacientes se diagnosticó depresión según el DSM IV. El médico identificó como deprimidos a 15 de los 28 pacientes con depresión, pero también consideró deprimidos a 188 de los 301 pacientes que realmente no tenían depresión según el DSM-IV, (sensibilidad 0,54, especificidad 0,38). El

enfermero identificó 19 de los pacientes con depresión, y consideró deprimidos a 166 de los que no tenían depresión, (sensibilidad 0,68, especificidad 0,45). El HADS puntuó 13 o más en 27 de los pacientes deprimidos, pero también a 151 de los pacientes sin depresión (sensibilidad 0,96, especificidad 0,50). Los autores concluyen que los médicos y enfermeras a menudo fueron incapaces de reconocer a los pacientes deprimidos, mientras que el HADS fue un buen detector de depresión en pacientes oncológicos.

Comentario

El HADS parece ser mejor instrumento identificador de depresión que la entrevista médica o enfermera. Este trabajo pone de manifiesto la importancia de disponer de instrumentos de evaluación que complementen nuestra valoración.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Veronica Romani Costa, 16-03-2012
Hospital Mútua de Terrassa

Los síntomas depresivos durante el primer ciclo de quimioterapia predicen mortalidad en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado.

Chen ML, Chen MC, Yu CT. Depressive symptoms during the first chemotherapy cycle predict mortality in patients with advanced non-small cell lung cancer. Support Care Cancer. 2011;19:1705-1711.

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre los síntomas depresivos y la mortalidad, en los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado. Fueron reclutados 90 pacientes con CPNM en estadio III ó IV, en un gran hospital universitario situado en el norte de Taiwan. Durante el primer ciclo de quimioterapia fueron evaluados con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D); se utilizó el punto de corte de 7/8 para clasificar a los pacientes como deprimidos. El tiempo de seguimiento fue de 10 a 30 meses. Veinte pacientes (22,2%) fueron clasificados como deprimidos. La mediana de supervivencia en el grupo con depresión fue significativamente más corta que la del grupo de no deprimidos (11,83 vs 24,47 meses, $p = 0,023$). Los pacientes deprimidos tuvieron el doble de riesgo de muerte ($HR = 2,18$, IC 95% = 1,11 a 4,28). Los autores concluyen que el hallazgo apoya que los síntomas depresivos en la fase temprana del tratamiento puede predecir una menor supervivencia en pacientes con CPNM avanzado.

Comentario

Los síntomas depresivos son comúnmente experimentados por los enfermos de cáncer, especialmente aquellos con enfermedad avanzada. Se ha apuntado en diversas ocasiones el vínculo entre la depresión y los resultados de supervivencia en pacientes con cáncer. Este trabajo refuerza este concepto, y anima a seguir estudiando el tema.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Veronica Romani Costa, 16-03-2012
Hospital Mútua de Terrassa

Estado emocional y calidad de vida del paciente con cáncer de pulmón cuando el médico de familia participa en el cuidado del paciente.

Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F et al. Family physician involvement in cancer care and lung cancer patient emotional distress and quality of life. Support Care Cancer. 2011 Nov;19(11):1719-27.

El estudio se diseñó para analizar el impacto de la participación del médico de cabecera en el plan de cuidados del enfermo con cáncer de pulmón sobre el estado emocional y la calidad de vida de estos pacientes. Es un estudio prospectivo con pacientes con cáncer de pulmón que se llevó a cabo en tres regiones de Quebec. Los 395 pacientes completaron cuestionarios validados en cuanto a sus características psicosociales, su nivel de percepción de la participación del médico de cabecera, el estado emocional y la calidad de vida, al inicio del estudio y cada 3-6 meses, hasta a 18 meses de seguimiento. Los resultados fueron reagrupados de acuerdo a la fase del cáncer. Detectaron incremento estadísticamente significativo de la angustia (de $0,79 \pm 0,7$ a $1,36 \pm 0,8$ en una escala de 0-4) y deterioro de la calidad global de vida (de 66 a 45, en una escala de 0-100) desde el diagnóstico a las fases avanzadas de la enfermedad, de forma estadísticamente significativa. En todas las fases del cáncer, la participación del médico de cabecera se asoció significativamente con menos angustia ($p = 0,0004$) y mejor percepción global de calidad de vida ($p = 0,0080$). Estas asociaciones se mantuvieron estadísticamente significativas incluso después de ajustar por edad, sexo y presencia de metástasis.

Comentario

Este estudio evidencia que la implicación del médico de cabecera en el soporte al paciente con cáncer de pulmón es beneficiosa. Por lo tanto, a tener en cuenta cuando se pretenda mejorar el plan de cuidados de estos pacientes en régimen ambulatorio.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Veronica Romani Costa, 16-03-2012
Hospital Mútua de Terrassa

Comparación de la utilidad pronóstica del Mini Mental State Examination y del Montreal Cognitive Assessment en pacientes con metástasis cerebrales.

Olson R, Tyldesley S, Carolan H, Parkinson M, Chhanabhai T and McKenzie M. Prospective comparison of the prognostic utility of the Mini Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in patients with brain metastases. Support Care Cancer. 2011;19:1849-1855.

El Mini Mental State Examination (MMSE) es la prueba más comúnmente elegida para realizar un examen cognitivo en la práctica clínica y en los ensayos, aunque la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) es una prueba más sensible y que se correlaciona mejor con la calidad de vida. Los autores pretenden evaluar la utilidad pronóstica de ambas pruebas. Se evaluaron con el MoCA y el MMSE a 65 pacientes con metástasis cerebrales. La edad media de los pacientes fue de 59 años. La mediana de las puntuaciones del MoCA y el MMSE fueron 22 sobre 30 y 28 sobre 30, respectivamente. La mediana de supervivencia global resultó inversamente proporcional a las puntuaciones en ambos test; pero en el MoCA esta relación inversa fue estadísticamente significativa mientras que en el MMSE no. Igualmente, cuando analizaron los datos ajustando por edad, sexo, uso de corticoides, origen del primario, número de metástasis y nivel educativo, o cuando se analizó las puntuaciones como variable continua, el MoCA demostró mejor capacidad pronóstica que el MMSE. Los autores concluyen que el MoCA debe ser preferentemente elegido tanto en la práctica clínica como en los ensayos clínicos.

Comentario

A tener en cuenta el MoCA, puesto que es más sensible, para detectar el deterioro cognitivo leve o incipiente. La buena correlación con la calidad de vida demostrada en otros estudios, y la capacidad pronóstica demostrada en este trabajo, son también interesantes. Más datos en este sentido serían necesarios para confirmar la indicación de utilizarlo sistemáticamente en la práctica clínica como sugieren los autores.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Veronica Romani Costa, 21-03-2012
Hospital Mútua de Terrassa

Desarrollo de un servicio de intervención en disnea para pacientes con necesidad de cuidados paliativos y de soporte, independientemente del diagnóstico.

Booth S, Moffat C, Farquhar M, Higginson IJ, Burkin J. Developing a breathlessness intervention service for patients with palliative and supportive care needs, irrespective of diagnosis. J Palliat Care 2011; 27: 28-36

El artículo describe un modelo de atención para pacientes con disnea iniciado por Sara Booth en Reino Unido a finales de los años 90. Basado en un enfoque multidisciplinar, con especial atención a la fisioterapia respiratoria y a los aspectos psicosociales, el equipo actual se compone de un médico especializado en cuidados paliativos, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un administrativo. Realizan una media de dos visitas y cuatro llamadas telefónicas por paciente en un periodo de tres meses. El equipo valora al paciente generalmente en su domicilio; se realiza una anamnesis centrada en la disnea y se establece un plan con medidas farmacológicas y no farmacológicas que incluyen ejercicios de respiración, corrección postural, técnicas de relajación con ayuda de grabaciones, y uso de ventiladores manuales. Posteriormente se mantiene contacto telefónico o personal para ver la evolución. Los pacientes son dados de alta cuando mejoran, la disnea es de fácil manejo, o bien si la actuación deja de ser beneficiosa o el paciente es derivado a un servicio que pueda ofrecer un soporte continuo.

Junto a esta labor asistencial el equipo realiza una función educativa hacia pacientes, cuidadores y profesionales, ofreciendo a estos últimos sesiones formativas de dos días.

La unidad ha realizado diversos estudios para evaluar la eficacia de la intervención, y actualmente están pendientes los resultados de un ensayo aleatorizado. También han realizado una evaluación de la coste-efectividad, en la que se vio que el ahorro en visitas a urgencias era equivalente al salario del equipo. El modelo se ha extendido en Reino Unido, donde han surgido varias unidades similares.

Comentario

Aunque podría parecer "un lujo" la existencia de equipos que se centren en un solo síntoma (clínicas de astenia o de caquexia, o unidades de disnea como la descrita aquí), es cierto que en la práctica clínica habitual vemos ciertos pacientes en los que hay un predominio tan evidente de un síntoma que es seguro que intervenir sobre dicho síntoma condicionará una mejora en la calidad de vida. Es en ese tipo de pacientes donde creo que tiene sentido los equipos como el del artículo. Esta unidad, con diez años de experiencia, es modélica en mucho aspectos aunque yo resaltaría uno: la planificación de la evaluación de resultados, que realizan con especial cuidado.

Journal of Palliative Care

Revisor: José Javier De-Arriba Méndez, 27-03-2012
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

Patrones de prescripción de neurolepticos en pacientes con cáncer avanzado y delirium.

Hui D, Reddy A, Palla S, Bruera E. Neuroleptic prescription pattern for delirium in patients with advanced cancer. J Palliat Care. 2011; 27: 141-147.

El estudio consiste en una revisión retrospectiva del uso de neurolepticos en pacientes con delirium dentro de la unidad de Cuidados Paliativos de un hospital monográfico oncológico (M. D. Anderson Cancer Center, Houston). Se revisaron las historias correspondientes a 100 pacientes con delirium, centrándose en las características de dicho cuadro y en el uso de neurolepticos (tanto los administrados de forma pautada como las dosis de rescate) en los primeros cinco días de delirium. Se usó como cribado el Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS); para cuantificar las dosis se utilizó el concepto de "dosis diaria equivalente de haloperidol" (HEDD), asumiendo que 8 mg. de haloperidol eran equivalentes a 10 mg. de olanzapina y a 100 mg. de clorpromazina.

Respecto a los resultados, el tipo de delirium más frecuente fue el mixto (59%), seguido del hipoactivo (31%) y del hiperactivo (10%). El 25% de los pacientes fue dado de alta sin delirium, 30% se fueron con delirium y 44% murieron en la unidad con delirium terminal. La mediana de supervivencia de toda la cohorte fue de 18 días y la mediana de duración del delirium fue de seis días. En cuanto a los neurolepticos, la mediana de HEDD fue de 3,2 mg. (rango intercuartil de 1,5 a 6 mg.). Se usó en la gran mayoría de casos el haloperidol (97% de las 1242 dosis que se administraron), seguido de olanzapina (2%) y clorpromazina (1%). Un 76% de las dosis fueron pautadas y el resto se dieron como rescate. La HEDD se relacionó de forma significativa con el tipo de delirium, usándose dosis más altas en el hiperactivo. En los 31 casos en que se necesitaron tres o más dosis de rescate, al día siguiente se subió la dosis en el 29% y se introdujo otro neuroleptico en el 3%. En los 73 casos en que el delirium duró cuatro o más días, se subió la dosis en el 67% y se introdujo otro neuroleptico en el 3%.

Comentario

El estudio aporta una detallada descripción del manejo del delirium con neurolepticos (fundamentalmente haloperidol) que se realiza en una unidad de cuidados paliativos de referencia mundial. Dos ideas son especialmente interesantes: la "unificación" de distintos fármacos a la hora de cuantificar la dosis total siguiendo una fórmula, y la titulación de los neurolepticos similar a la de los opioides en el dolor: aumento de la dosis basal cuando se requieren tres o más dosis de rescate, aunque curiosamente este aumento no se produjo en la mayor parte de los casos en que teóricamente debería haberse hecho. La principal

limitación del estudio es la ausencia de variables en cuanto a control de los síntomas, es decir, el estudio describe una práctica clínica concreta, pero por desgracia no podemos conocer el grado de efectividad de dicha práctica. Como señalan los autores, se necesitan más estudios, especialmente prospectivos, que ayuden a determinar qué fármacos, dosis y posibles combinaciones son los más adecuados en el manejo del delirium.

Journal of Palliative Care

Revisor: José Javier De-Arriba Méndez, 27-03-2012
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

El Palliative Prognostic Index en la predicción de la supervivencia y de la mortalidad hospitalaria en pacientes con cáncer avanzado en Kuwait.

Alshemmari S, Ezzat H, Samir Z, Refaat S, Alsirafy SA. The Palliative Prognostic Index in the prediction of survival and in-hospital mortality of patients with advanced cancer in Kuwait. J Palliat Med. 2012; 15: 200-204.

El estudio evaluó la capacidad del Palliative Prognostic Index (PPI) para detectar la supervivencia y la mortalidad hospitalaria en un hospital oncológico de agudos de Kuwait. Como es sabido, el PPI valora el estado funcional, la ingesta y la presencia de edema, disnea de reposo y delirium; se asigna una puntuación a cada ítem, y el rango de puntos totales es de 0 a 15. En este estudio se incluyeron 91 pacientes, con edad media de 58 años, y tumores de pulmón, mama, hematológicos y gastrointestinales, en la mayoría de los casos. Un 77% tenían metástasis y un 23 % estaban recibiendo quimioterapia o radioterapia. El estado funcional se midió con la Palliative Performance Scale (PPS 10-20: 32%, 30-50: 61%, igual o mayor de 60: 7%).

En total, el 80% de los pacientes murió durante el ingreso. No se especifica la supervivencia global de la muestra ni la duración de la estancia hospitalaria. Usando como puntos de corte 3 y 6, se distinguieron tres grupos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a supervivencia: el A (PPI 0-3), con mediana de supervivencia de 61 días, el B (PPI 4-6), con mediana de 20 días, y el C (PPI mayor de 6) con mediana de 6 días. Utilizando como punto de corte un PPI mayor de 6, se predijo la mortalidad durante el ingreso con sensibilidad del 72%, especificidad del 78%, valor predictivo positivo del 93% y valor predictivo negativo del 41%. En los 21 pacientes que recibían tratamiento específico, también la supervivencia fue menor en los que tuvieron un PPI mayor de 6.

Comentario

El PPI es uno de los índices pronósticos más conocidos en Cuidados Paliativos. Sin embargo, a diferencia del PaP

Score, no son demasiados los trabajos en que se haya utilizado. En esta ocasión, el PPI demuestra su validez en pacientes con cáncer avanzado atendidos por oncólogos, diferenciando tres subgrupos con distintas curvas de supervivencia. El estudio incluye la "novedad" de estudiar la mortalidad hospitalaria, la cual es razonablemente predicha usando un punto de corte de 6. Hubiera sido interesante saber cuántos pacientes fueron asignados a cada grupo, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, relativamente pequeño, tamaño que, por otra parte, los autores no justifican.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Javier De-Arriba Méndez, 27-03-2012
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

Impacto de las infecciones en la supervivencia de pacientes con cáncer avanzado hospitalizados.

Thai V, Lau F, Wolch G, Yang J, Quan H, Fassbender K. Impact of infections on the survival of hospitalized advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2012 Mar;43(3):549-57.

Con el objetivo de determinar el impacto de infecciones recientes sobre la supervivencia en pacientes con cáncer avanzado, se realizó este estudio prospectivo que incluyó todos los pacientes valorados por el equipo consultor de Cuidados Paliativos (ECCP) del Hospital Universitario de Alberta en 12 meses hasta agosto de 2009. Se recogieron datos demográficos y la presencia o ausencia de sepsis y/o infección de órgano producida en las 4 semanas (sepsis previas o 2 semanas previas (infección de órgano) sospechada o confirmada por datos clínicos, analíticos o de imagen y la fecha de fallecimiento. Se recogió la respuesta al tratamiento antibiótico intravenoso (iv) u oral, cuando lo hubiere, como pobre, intermedia o buena. La supervivencia se consideró como los días transcurridos desde la primera consulta del ECCP al fallecimiento.

Se incluyeron 441 pacientes. Había más pacientes hematológicos en el grupo con infección. El PPS era 40% en los infectados y 50% en los no infectados. Casi un 40% (176) presentaron infección y/o sepsis, las infecciones de órgano más frecuentes fueron la torácica. La respuesta más frecuente a los antibióticos fue la intermedia o buena. La mediana global de supervivencia era de 36 días, en los pacientes con sepsis era de 15 días ($p < 0,001$) y en aquellos con infección de órgano de 38 días. En los pacientes con buena respuesta a los antibióticos iv llegaba a 108 días y en los que no respondían a 6 días. En los que respondían bien al antibiótico oral era de 70 días ($p < 0,001$) y en los que no respondían 6 días ($p < 0,001$). La supervivencia era significativamente menor en los pacientes con sepsis pero en los pacientes con infección de órgano la supervivencia no era menor respecto a los que no la tenían. La ausencia de respuesta se asociaba a menor supervivencia. En el análisis multivariante se encontró que existía mayor riesgo

de muerte en los pacientes conforme aumentaba la edad (log-rank $p < 0,001$) y cuando había habido sepsis reciente con mala respuesta a antibióticos, el hazard ratio de muerte de estos pacientes es 9,74 ($p < 0,001$). En los pacientes con infección de órgano la buena respuesta antibiótica tendía a aumentar supervivencia ($p = 0,06$).

Los autores concluyen que si los pacientes infectados tienen una buena respuesta inicial al antibiótico mejorará la supervivencia y por ello se podría recomendar una prueba de tratamiento antibiótico durante un tiempo. Todo ello siempre que esté en consonancia con los objetivos de cuidado, la carga que pueda suponer tratamiento y el estado del paciente.

Comentario

En nuestros pacientes las infecciones son una complicación frecuente. En algunas ocasiones la decisión de administrar o mantener un tratamiento antibiótico puede ser difícil. Este estudio, a pesar de las limitaciones que pueda tener, nos da alguna luz sobre esto. De acuerdo con los resultados parece que tendría sentido, al menos, una prueba inicial del tratamiento antibiótico incluso en pacientes con sepsis. En el trabajo no se evalúa mejoría sintomática ni la carga que puede suponer el tratamiento, que si bien se ha de tener en cuenta, no era el objetivo del estudio. Queda perfilar las características de los pacientes que responden al antibiótico y no, y qué tipo de infección presentaban para, como dicen finalmente los autores, poder conocer los pacientes que más se beneficiarían de un tratamiento antibiótico.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Ana De Santiago Ruiz, 20-03-2012
Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Vacios en la evidencia sobre el uso de opioides para la disnea. ¿Un futuro plan de trabajo?

Johnson MJ, Abernethy A, Currow D. Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? J Pain Symptom Manage. 2012; 43 (3): 614-624.

La disnea sigue siendo un problema grave para los pacientes que lo padecen y quienes les atienden. Este artículo presenta el conocimiento actual de los opioides en el tratamiento de la disnea y lo que aún desconocemos. Una revisión de Cochrane de 2002 concluyó que morfina, diamorfina y dihidrocodeína mejoran disnea tanto por vía oral como parenteral; posteriormente un ensayo controlado con placebo en pacientes la mayoría de ellos con EPOC, confirmó la eficacia de la morfina oral y otras revisiones la eficacia de morfina oral y parenteral en pacientes oncológicos. No existe evidencia suficiente sobre la eficacia de opioides nebulizados, los que hay son de pequeñas muestras y resultados contradictorios, sobre la vía intranasal o transmucosa (fentanilo) hay solo series de casos que

muestran beneficio. Un estudio en 83 pacientes con cáncer, EPOC y otras patologías, que evaluaba tolerancia y seguridad de morfina oral que mostraba que el 93% de los pacientes respondían con 20mg/día de morfina oral, el principal efecto secundario fue el estreñimiento y no hubo casos de depresión respiratoria. Para evaluar el beneficio de un tratamiento un grupo de expertos, a la luz de los estudios realizados concluyen que en disnea crónica la mejoría clínicamente significativa en 1/10 puntos, pero en las crisis agudas es 2/10 puntos. Sobre el mecanismo de acción de los opioides aún se desconoce mucho pero parece que los opioides endógenos median en la sensación de disnea en el ejercicio.

Los autores señalan algunos puntos pendientes aún por aclarar como diferencias entre los opioides, si los agonistas mu son los más beneficiosos, si hay grupos de pacientes que se benefician más de los opioides, el papel de otras vías de administración de opioides, qué otros mecanismos de los opioides mejoran la disnea, si existen otros fármacos que mejoren sinérgicamente la acción de los opioides y las barreras para la prescripción de opioides en disnea. Finalmente los autores dan recomendaciones para futuras investigaciones aclarando conceptos y llamando la atención sobre detalles en el diseño de los estudios para obtener mayor evidencia clínica.

Comentario

Resulta un trabajo interesante por el interés del tema, ya que la disnea es uno de los síntomas difíciles de controlar y que limitan mucho la vida de nuestro pacientes. Además revisa la evidencia actual del papel de los opioides en este tema y da recomendaciones prácticas para la investigación futura. En paliativos cada vez se hace más necesario el unificar criterios y los diseños en la investigación para poder rentabilizar el gran esfuerzo que supone llevar a cabo cualquier investigación dadas las características de nuestros pacientes y su situación clínica. En este sentido las recomendaciones dadas por los autores pueden ser de gran ayuda para los que investigan en este campo.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Ana De Santiago Ruiz, 21-03-2012
Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid

La promesa incumplida: una revisión sistemática de las intervenciones dirigidas a las necesidades no satisfechas de los pacientes con cáncer.

Carey M, Sanson-Fisher R and Clinton-McHarg T. The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. Support Care Cancer. 2012; 20:207-219.

Se trata de una revisión de las publicaciones que describen necesidades no satisfechas de los pacientes con cáncer y

que analizan las intervenciones diseñadas para reducirlas. Llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica electrónica en Medline, CINAHL, PsychINFO, y Web of Science. Las publicaciones sobre necesidades insatisfechas e intervenciones diseñadas específicamente han aumentado con el tiempo, la mayoría son trabajos descriptivos. Fueron identificados 9 ensayos relevantes, de los cuales sólo 3 informaron del efecto de la intervención realizada. El análisis de los ensayos, ampliamente discutido en el artículo, puso de manifiesto errores metodológicos (sobre todo deficiencias en las herramientas de evaluación y en el registro), poca adherencia a los protocolos de intervención, e incluso la ineficacia de algunas de las intervenciones.

Los autores concluyen que no existe literatura sobre la eficacia de intervenciones dirigidas a las necesidades insatisfechas de los pacientes con cáncer.

Comentario

No existe evidencia que oriente sobre el diseño de una intervención para mejorar la atención del enfermo oncológico. Sorprendente.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Veronica Romani Costa, 30-03-2012
Hospital Mútua de Terrassa

Titulación lenta versus titulación estándar de paroxetina para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer.

Amodeo L, Castelli L, Leombruni P, Cipriani D, Biancofiore A and Torta R. Slow versus standard up-titration of paroxetine for the treatment of depression in cancer patients: a pilot study. Support Care Cancer. 2012; 20:375-384.

El objetivo del estudio es comparar la eficacia y tolerabilidad de dos formas de titulación de la paroxetina, estándar o lenta, en pacientes con cáncer y depresión. Ensayo abierto aleatorio que incluyó a 30 pacientes consecutivos con cáncer y depresión (diagnóstico según el DSM-IV: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, o trastorno adaptativo con ánimo depresivo), y indicación de tratamiento con paroxetina. Fueron asignados al azar a recibir una titulación estándar o titulación lenta de las dosis de paroxetina (inicio con 2,5mg/día, aumentar 2,5mg más cada 3 días, el día 9 aumentar a 15mg/día y el día 11 hasta 20mg/día); la dosis final máxima de 20 mg/día se obtuvo en 8 y 11 días respectivamente. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y después de 2, 4, y 8 semanas, con escalas de calificación para la depresión y la ansiedad (MADRS, HADS, HAM-A CGI), la calidad de vida (EORTC-QLQ-30), y los efectos secundarios (DOTES SIDE). Ambos grupos de tratamiento mostraron una mejoría estadísticamente significativa el estado de ánimo. Los pacientes que recibieron la titulación lenta de paroxetina

presentaron significativamente menos efectos secundarios. Los autores concluyen que la paroxetina titulada lentamente es mejor tolerada y igualmente eficaz para los pacientes con cáncer y depresión.

Comentario

No es infrecuente que nuestros pacientes refieran efectos secundarios al iniciar el antidepressivo. La titulación de dosis más lenta puede evitarlo. Deberíamos incorporar ésta práctica como una alternativa a tener en cuenta.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Veronica Romani Costa, 30-03-2012
Hospital Mútua de Terrassa

Actitudes de los médicos del Reino Unido hacia la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Una revisión sistemática de la literatura.

McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review. Palliat Med. 2012;26(1): 23-33.

Objetivos: Revisar los estudios de los últimos 20 años que evalúan las actitudes de los médicos del RU en relación a la Eutanasia Voluntaria Activa (EVA) y al Suicidio Médicamente Asistido (SMA), determinar los efectos de variables de subgrupos (vg edad, género) sobre las actitudes de los doctores y hacer recomendaciones para futuras investigaciones.

Fuentes de datos: Tres bases electrónicas, cuatro revistas relacionadas, referencias incluidas en los estudios.

Método: Búsqueda de artículos en inglés entre enero de 1990 y abril de 2010. Fueron descartados aquellos artículos que sólo presentaban opiniones personales y aquellos de médicos que trabajaban fuera del RU, los que trataban sobre pacientes menores de 18 años, y los que se centraban sobre sedación terminal y retirada o no inicio terapéutico. Fueron extraídos datos cuantitativos y cualitativos.

Resultados: 15 estudios reunían los criterios de inclusión y exclusión. Los médicos del RU se oponen a la introducción tanto de la EVA como del SMA en la mayoría de los estudios. El grado de religiosidad aparecía como el único factor estadísticamente significativo. Las tres categorías principales que emergían de los estudios cualitativos fueron: La provisión de cuidados paliativos, adecuadas salvaguardas en el hipotético caso que se introdujera la EVA o el SMA, una profesión que facilitara la EVA y el SM que no incluyera a médicos.

Conclusiones: Los médicos del RU se oponen mayoritariamente a la introducción de EVA y SMA, a pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos. Para intentar minimizar los sesgos de inclusión se deberían incluir estudios de subgrupos, aparte de la religiosidad que

es conocida su relación inversa con la tendencia favorable a la EVA y el SMA.

Comentario

Periódicamente se reabre el debate en los medios de comunicación, sociedad, ámbito político y comunidad científica, en torno a la conveniencia o no de despenalizar la eutanasia y el SMA. En el RU esta polémica se ha planteado en profundidad en los años 2001, 2005 y en la actualidad.

La primera dificultad metodológica de todos los estudios es la falta de consenso en la definición del término. Si todos no nos referimos de la misma manera a eutanasia o SMA, difícil será plantear un debate coherente. Pese a las recomendaciones de la EAPC (2003), a día de hoy y en el país cuna de los Cuidados Paliativos, sigue aplicándose el término, Eutanasia Activa Voluntaria, que desde 2003 recomendó la EAPC que sólo debería hablarse de eutanasia, puesto que conllevaba implícitamente la voluntariedad y el hecho de ser una práctica activa.

Mayoritariamente los médicos del RU se han mostrado en contra de la legalización de la eutanasia, como en la mayoría de los países europeos. Se concluye algo ya conocido en las escasas revisiones que en la literatura científica se realizan sobre el tema: Cuanto mayor es la atención de los médicos sobre enfermos en situación terminal menor es su tendencia favorable a estas prácticas. Asimismo la religiosidad sigue siendo el único factor estadísticamente significativamente que muestra una postura contraria a la despenalización.

Es difícil extraer resultado de estudios donde se combinan estudios cualitativos y cuantitativos, con metodología distinta, pero esta revisión apunta el sentir mayoritario de los médicos de cuidados paliativos, que aducen la necesidad de implementar una red adecuada de recursos de cuidados paliativos, como premisa básica para abordar el debate entre "Eutanasia sí, Eutanasia, no".

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 31-03-2012
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz

Las opiniones sobre la Eutanasia de los pacientes con cáncer terminal: ¿Una expresión de autonomía?. Un estudio cualitativo.

Karlsson M, Milberg A and Strang P. Dying cancer patients'; own opinions on euthanasia: An expression of autonomy? A qualitative study. Palliat Med. 2012; 26(1):34-42.

Los debates sobre eutanasia son predominantemente teóricos, y en su gran mayoría, falta la perspectiva de los protagonistas principales, los pacientes en situación terminal. Los autores llevan a cabo un estudio cualitativo (entrevistas en profundidad) con pacientes con cáncer avanzado, con

el objeto de analizar el binomio: eutanasia y autonomía. Las entrevistas fueron transcritas verbatim y se realizó un análisis de contenido sin categorías predeterminadas.

Resultados: Los participantes (informantes) expresaron diferentes posiciones en relación a la eutanasia, desde el apoyo a su oposición, pero la mayoría estaban indecisos debido a la complejidad del problema. Las perspectivas de los informantes, entorno a la autonomía se centró en dos categorías: Poder y confianza. La legalización de la eutanasia fue percibida: a. Como incremento de la autonomía del paciente al coferirle un "mayor poder"; b. disminución de la autonomía del paciente al suponer un incremento de poder del personal sanitario, lo que los pacientes lo percibían como amenaza. La confianza de los informantes la relacionaban con la dependencia sobre el personal sanitario, y variaba desde una confianza plena a una total desconfianza.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad terminal perciben que no se sienten completamente independientes, lo que afecta a su verdadera autonomía. Cuando se debate sobre la legalización de la eutanasia, las perspectivas de los pacientes que temen los efectos de su despenalización debería ser tomada en cuenta, no sólo la de aquellos pacientes que claramente apelan a su legalización.

Comentario

Desde el punto de vista metodológico, el principal sesgo encontrado es la población reclutada, puesto que las entrevistas estaban realizadas a pacientes que recibían cuidados paliativos específicos. Ello, aunque pudiera suponer una limitación del estudio también se podría traducir en una conclusión importante: La mayoría de los pacientes terminales que recibían cuidados paliativos no estaban a favor de la despenalización de la eutanasia, probablemente porque tenía lugar un mejor control sintomático.

Los autores resaltan un aspecto de candente actual: ¿La autonomía es un valor absoluto? Y plantean de una manera brillante, que para una gran parte de los enfermos este principio no les confiere una independencia absoluta, que estriba en el mayor poder del médico y la falta de plena confianza en el sistema sanitario, el que se proporcionen unas salvaguardas adecuadas.

Palliative Medicine

Revisor: Miguel Ángel Cuervo Pinna, 31-03-2012
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz