

Revista de Revistas

Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo

Nivel de Conciencia en los Últimos Días de Vida en Enfermos que Reciben Cuidados Paliativos

Pautex S, Moynier-Vantiegern K, Herrmann FR, Zulian GB. State of consciousness during the last days of life in patients receiving palliative care. J Pain Symptom Manage. 2009;38:e1-e3.

Los autores hacen un estudio retrospectivo del nivel de conciencia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos a lo largo de un año. Se consideró que un enfermo estaba inconsciente si no era capaz de mantener ningún tipo de comunicación y si precisaba que toda la medicación se administrara por vía parenteral. Se incluyeron 141 pacientes oncológicos. Uno de cada tres padecía delirium al ingreso. La mediana de duración del ingreso fue de 15 días. Las dosis medias diarias de fármacos que se administraron fueron: para los opioides, una dosis equivalente de 114 mg de morfina oral; para las benzodiacepinas, una dosis equivalente de 12 mg de diazepam oral; y para los neurolépticos, una dosis equivalente de 36 mg de clorpromacina oral. La proporción de enfermos concientes se redujo del 95% a falta de tres días, al 83% a falta de dos días, al 69% a falta de un día y al 34% en el momento del fallecimiento. En conjunto, la demora media desde la pérdida de conciencia hasta el fallecimiento es de dos días. En tres pacientes (2%) se llevó cabo sedación paliativa en los últimos días.

El estudio es descriptivo y sencillo. Los datos clásicos referían que dos de cada tres enfermos fallecía en una situación de pérdida de conciencia (diferente del concepto de delirium). Los autores, inicialmente, se plantean conocer si las actitudes terapéuticas actuales en Cuidados Paliativos (desde la sedación paliativa de los últimos días a la rotación de opioides) han conseguido modificar esta situación. Aunque la conclusión del estudio es que no encuentran cambios relevantes, los datos de este trabajo nos ayudan a tener un buen punto de referencia de cómo sucede la pérdida de conciencia en los últimos días en los enfermos oncológicos ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos.

Fentanilo Transdérmico en Pacientes Oncológicos con Caquexia

Heiskanen T, Mätzke S, Haakana S, Gergov M, Vuori E, Kalso E. Transdermal fentanyl in cachectic cancer patients. Pain. 2009;144:218-222.

El fentanilo es un opioide con una elevada solubilidad en medio lipídico y apto para ser administrado por diferentes vías (transdérmica, endovenosa, espinal y transmucosa). El parche de fentanilo transdérmico se ha convertido en una popular manera de tratar el dolor crónico oncológico y no oncológico. La absorción del fentanilo a partir del parche dependerá de la superficie de éste, de la permeabilidad de la piel y de la vascularización local. El objetivo de este estudio es determinar si la absorción de fentanilo a través de la piel en pacientes oncológicos afectos de caquexia es distinto de un grupo de pacientes, asimismo oncológicos, que no presentan caquexia. Se incluyeron en el estudio 10 pacientes con caquexia (edad $62 \pm 2,6$, género 5 varones / 5 mujeres, altura media $172 \pm 3,4$ cm, peso $49 \pm 2,8$ kg, IMC [Kg/m^2] $16 \pm 0,4$) y 10 pacientes sin caquexia (edad $64 \pm 1,9$, género 4 varones / 6 mujeres, altura media $166 \pm 3,2$ cm, peso $63 \pm 4,0$ Kg, IMC $23 \pm 0,6$). Se les administró fentanilo transdérmico a la dosis equianalgésica de los tres días previos y se colocó el parche en el brazo del paciente durante tres días. Las concentraciones plasmáticas de fentanilo se midieron a las 4, 24, 48 y 72 horas. Las concentraciones plasmáticas de fentanilo ajustadas a las dosis administradas fueron inferiores, de manera significativa, a las 48 y 72 horas en los pacientes caquéticos. Asimismo, en este grupo de pacientes se halló una piel del brazo más delgada pero no así el sudor, temperatura y el riego sanguíneo locales. Los resultados hallados por los investigadores van en la línea de la hipótesis clínica, de que la absorción de fentanilo por vía transdérmica se halla disminuida en los pacientes afectos de caquexia. El hecho de definir el estado de caquexia cancerosa a partir de únicamente del índice de masa corporal (IMC) parece otorgarle a esta entidad una identidad muy simplista y quizás debieran incluirse pacientes con otros parámetros nutricionales/inflamatorios alterados (albúmina sérica, proteína C reactiva). La muestra del estudio debe indicarnos, únicamente, que se trata de un trabajo preliminar, orientado a determinar errores metodológicos y corregirlos para un trabajo de mayor envergadura y significación clínica.

Guía para el Manejo de Heridas en Cuidados Paliativos

Naylor W. *A guide to wound management in palliative care. Int J Palliat Nurs. 2005;11(11):572-9.*

El tratamiento de las heridas en pacientes de Cuidados Paliativos tiene como objetivo el bienestar y la mejora de la calidad de vida. Los síntomas más frecuentes en heridas de pacientes con cáncer avanzado son mal olor, exudación y dolor. Algunos principios básicos para el manejo de estas heridas son: prevenir el desarrollo y el deterioro de la herida, corregir y tratar la causa, controlar los síntomas relacionados con la herida, tener en cuenta la auto-valoración del paciente, proporcionar apoyo psicológico, promocionar la independencia y mejorar su calidad de vida.

La elección del apósito en heridas irregulares, cuando se localizan en zonas difíciles, tienen gran exudado o son de mal olor, es un reto para la enfermería. Para elegir el apósito es necesario tener en cuenta las características de la herida, el confort del paciente, y el costo económico. Algunos apósitos que pueden cubrir estos síntomas son: Carboflex (Convatec), apósitos de alta absorción que se adhieren suavemente y sirven para controlar el olor; Exu-Dry (Smith & Nephew), son de alta absorción y suave adherencia, hay de diversos tamaños; Mepitel/Mepilex (Molnlycke), absorbentes y no se adhieren a la piel. Otros apósitos: alginatos, hidrocoloides, de espuma, que se pueden utilizar en combinación con los anteriores.

Algunas indicaciones para controlar los síntomas según el tipo de heridas a tratar:

1. Heridas malolientes e infectadas: desbridar el tejido necrótico con apósitos desbridantes o con bisturí. Administrar Metronidazol 0,75-0,80 vía tópica o sistémica, y colocar un apósito de plata u oclusivo.
2. Heridas exudativas: colocar un apósito que absorba el exudado y mantenga el medio húmedo para favorecer la cicatrización. Es recomendable utilizar apósitos de tipo alginatos, hidrocelulares o espuma. Un ejemplo es el Mepitel. En heridas muy exudativas con orificios pequeños colocar apósitos de estomas. En la piel que rodea la herida usar cavilon o apósitos hidrocoloides.
3. Heridas con sangrado: limpiar con irrigación de antifibrinolíticos y no usar apósitos adhesivos.
4. Heridas dolorosas: utilizar analgesia con opioides u óxido de nitrógeno. Los opioides tópicos pueden ser efectivos para heridas ulceradas como morfina o diamorfina. Usar apósitos que no se adhieran y utilizar otras medidas complementarias como relajación y distracción.

No podemos olvidar algunos aspectos psicológicos que están relacionados con las heridas y hay que tener en cuenta:

1. Cambios en el cuerpo y posibilidad de mal olor, exudación, dolor, etc.
2. Reacciones emocionales como enfado, depresión, ansiedad y culpabilidad.
3. Aislamiento social relacionado con el mal olor y cambios en la imagen corporal.
4. Restricciones

Este artículo presenta de forma clara los síntomas frecuentes en heridas de pacientes con enfermedad avanzada y que apósitos se pueden utilizar. La elección de un apósito u otro en cada caso es un reto para la enfermera de Cuidados Paliativos. Un aspecto

importante para conseguir el confort del enfermo es la elección de apósitos adecuados a la herida.

Este artículo señala unos apósitos concretos basados en la experiencia de los autores. En nuestro medio también es conveniente que cada equipo de Medicina Paliativa se centre en un tipo de apósitos según las necesidades y la disponibilidad de los apósitos.

Naloxona Intravenosa y Buprenorfina Transdérmica en el Dolor Oncológico Asociado a Prurito por Colestasis Refractario

Marinangeli F, Guetti C, Angeletti C, et al. *Intravenous naloxone plus transdermal buprenorphine in cancer pain associated with intractable cholestatic pruritus. J Pain Symptom Manage 2009; 38: e5-e8.*

Los autores presentan la evolución de una mujer de 65 años con cáncer de colon avanzado y metástasis hepática. Dentro de su deterioro, los problemas más importantes eran el dolor y el prurito secundario a colestasis. En la analgesia se escaló desde un segundo escalón a oxidodona y finalmente se controló con buprenorfina transdérmica (35 mcg/h) y 2 a 3 rescates de buprenorfina sublingual de 0,2 mg. El prurito se mostró resistente a corticoides, antihistamínicos, colestiramina y omeprazol. Solamente cedió al incluir en el tratamiento naloxona intravenosa en infusión continua (1,2 mg/Kg/h), con la que, en menos de dos horas, desapareció prurito sin modificar el efecto analgésico de buprenorfina, un resultado que los familiares de la enferma describían como milagroso. Esta situación se mantuvo a lo largo de los 17 días de supervivencia de la enferma. En una ocasión se intentó aumentar la dosis de naloxona a 2,4 mg/Kg/h, pero fue preciso volver al cabo de unas horas a la dosis previa por aumento del dolor.

El caso hay que verlo como lo que es: un caso con buena evolución. Pero es un buen motivo para recordar el tratamiento paliativo del prurito y el papel de las dosis bajas de antagonistas opioides en el tratamiento de algunos efectos secundarios de la analgesia opioide. En el trabajo se recuerda el modelo fisiopatológico del prurito inducido por colestasis: aumento del tono opioideérgico central dentro de la hiperactividad del sistema serotoninérgico. En este caso, la buprenorfina, un agonista parcial, puede ser útil por reducir el tono opioideérgico. Además, puede tener un mejor perfil en la combinación con naloxona, ya que puede ser algo más resistente a su efecto antagonista. En relación con la naloxona, el texto recuerda el camino que se abre con el manejo de dosis bajas de antagonistas opioides para tratar efectos secundarios, como el estreñimiento y el prurito, ya que cada vez son más los casos descritos que sugieren que hasta cierto nivel de dosis los antagonistas pueden reducir estos efectos sin modificar sensiblemente la analgesia.

Manual práctico de Dolor Neuropático, Rafael Gálvez Mateos, 2010 Elsevier España

En febrero, encontrándome en un curso de dolor en Fuengirola, tuve la oportunidad de compartir una mesa de trabajo con el Dr. Rafael Gálvez, destacado anestesiólogo, a cargo de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, quien tuvo la gentileza de obsequiarme este primer ejemplar del libro recién editado, que comienza en sus primeras páginas con una editorial escrita por el profesor Troels Staehelin Jensen (Immediate Past President of IASP).

Este libro viene en parte a llenar un vacío en el mundo hispanoparlante, respecto de un tema de dolor crónico tan importante como difícil. Los diversos capítulos son escritos por cuarenta especialistas, en el índice de autores, podemos reconocer a numerosos colegas que en más de una ocasión han participado de las actividades organizadas por ACHED, entre ellos, el Dr. Óscar de León-Casasola, de Nueva York; y la Dra. Grisell Vargas Schaffer, de Montreal.

La compaginación se desarrolla en tres grandes partes: a) Conceptos y Diagnóstico, b) Enfoque Analgésico General y c) Síndromes Algícos de Dolor Neuropático, comprendiendo un total de 25 capítulos, a lo largo de 386 páginas.

En la primera parte se analizan datos epidemiológicos, entre los que destacan como más recientes, el trabajo realizado por Torrance, del año 2006, con respaldo de la IASP, situando la prevalencia del problema para Europa entre un 6 a 8%. A continuación, se exponen los resultados de estudios experimentales en humanos y animales, y las diversas áreas de exploración y evaluación para el diagnóstico. De especial interés resultan los métodos complementarios de estudio referentes a técnicas de imagen utilizadas en dolor neuropático, como estudios de flujo cerebral, unión a receptores, volumendensidad de tejido cerebral y algunas técnicas periféricas.

La segunda parte se refiere al enfoque analgésico general. En siete capítulos se analiza el uso de antiepilépticos, antidepressivos, cannabinoides, agentes tópicos, bloqueos nerviosos y aporte de la estimulación eléctrica transcutánea y medular. Un capítulo especial evalúa el uso de opioides, clonidina y ziconotida, por vía espinal.

La tercera parte del libro se refiere a los diversos síndromes algícos asociados a dolor neuropático, incluyendo en ellos el abordaje en el niño.

Concluyo, finalmente, que se trata de una publicación en español, muy interesante, que abre claridades en varios puntos oscuros relacionados al tema del diagnóstico y estrategia terapéutica del daño, originado por injuria al sistema nervioso periférico o central. El texto analiza en forma sistematizada los diversos cuadros patológicos y su tratamiento, constituyendo una herramienta de ayuda, tanto para el médico general como para los especialistas en dolor.

Correspondencia

Dr. Rodrigo Fernández R.
Anestesiólogo, Hospital del Salvador
José Manuel Infante 370, Providencia
(56-2) 236 1612
Correo electrónico: rodrigopaliativo@gmail.com