

Fernández, Rodrigo\*

### Síndromes Geriátricos en Pacientes Ancianos Ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos Específica para Enfermos Oncológicos

*Flood KL, Carroll MB, Le CV, Ball L, Esker DA, Carr DB. Geriatric syndromes in elderly patients admitted to an Oncology-Acute Care for Elders Unit. J Clin Oncol 2006; 24: 2298-303.*

Se realiza un estudio retrospectivo de 119 pacientes con cáncer y un mínimo de edad de 65 años (media: 74 años), que fueron ingresados, en una Unidad Geriátrica. Las causas más frecuentes de su hospitalización fueron alteraciones asociadas al aparato respiratorio (28%); náuseas, vómitos y/o deshidratación (17%); y dolor (15%). Llama la atención que, de todos los pacientes ingresados, sólo tres de ellos (3%), fallecieron durante el período de internación, situación que no es lo habitual en Cuidados Paliativos, tampoco se especifica qué porcentaje de ellos se encontraban con cáncer avanzado.

Se les aplicó el Short Blessed Test Store, dando como resultado algún tipo de alteración cognitiva (demencia, delirium) en el 27% de los casos. El Geriatric Depression Scale Score reveló sospecha de depresión en el 20% de los pacientes. El 35% de los enfermos tenía pérdida de peso. El consumo de fármacos por pacientes dio una media de seis, el 19% de los enfermos recibía al menos nueve medicamentos. La estadía media en la Unidad correspondió a seis días. Las complicaciones habituales de enfermos geriátricos que se encontraron fueron: el 5% presentó algún tipo de caídas, úlceras de decúbito el 6% y en el 2% fue necesario utilizar técnicas de contención mecánica. La primera y más obvia conclusión es que los pacientes oncológicos de edad avanzada presentarán los problemas propios de esa edad geriátrica. En ellos se asocian (y a veces se potencian) el deterioro debido al cáncer (y tratamientos) y el asociado a las consecuencias de la edad. Un importante porcentaje de pacientes con cáncer atendidos

en las Unidades de Cuidados Paliativos tiene más de 65 años. Por lo tanto, es lógico plantearse la necesidad de contar con conocimientos específicos de geriatría. Un adecuado afrontamiento de estos enfermos, requiere profundizar en la aplicación instrumentos de evaluación, participando de la actitud y visión del enfermo desde el punto de vista de la Geriatría, lo que puede constituir una ayuda positiva para un número considerable de profesionales encargados de los Cuidados Paliativos.

### Oxicodona

*Sanz Ortiz J. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005, 12:525-531*

Como es habitual, en cada uno de los números de la Revista de la Sociedad Española del Dolor se presenta un tema de interés en la categoría de Revisión. Este número está dedicado a la oxicodona, ofreciendo una puesta al día sobre este analgésico opioide de administración oral, de liberación controlada, introducido el año 2005 en España. En el artículo se hace un análisis del fármaco, tomando en cuenta su farmacocinética, farmacodinamia, y se le compara con otras formulaciones de liberación sostenida, entregando pautas para su adecuada utilización.

El autor de la revisión resalta entre las cualidades de la oxicodona un mejor perfil analgésico y una menor incidencia de emesis que la morfina, situación que se respalda en tres ensayos fase III realizados con tal finalidad, encontrándose también una menor incidencia de trastornos cognitivos y prurito. La formulación galénica de oxicodona de liberación controlada combina en un mismo comprimido un sistema de liberación inmediata y otro de liberación sostenida, con todas las ventajas que esto significa en pacientes con dolor crónico, sometidos habitualmente a polifarmacia. El fármaco ha demostrado una indiscutible utilidad no sólo en el arsenal terapéutico del manejo del dolor crónico oncológico, sino que ha demostrado ser eficaz en la neuralgia postherpética y en otras indicaciones médicas independientes de la analgesia, como el síndrome de Tourette (en combinación con clonidina) y el síndrome idiopático de las piernas inquietas.

El uso en la práctica clínica de este opioide, se recomienda

\* Anestesiólogo, Jefe Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Instituto Nacional de Geriatría Pdte. E. Frei Montalva Santiago, Chile  
Unidad A.D. y C.P. Hospital Salvador, Santiago, Chile

especialmente para tratar el dolor intenso. El inicio del tratamiento puede ser a partir del uso previo de opioides a pacientes que tienen por primera vez contacto con este tipo de drogas. En ambas situaciones, se recomienda una dosificación individualizada para cada individuo. En el primer caso se recomienda guiarse por la tabla de fármaco equivalencia analgésica correspondiente (oxicodona/morfina oral 1:2). En pacientes que no han utilizado opioides previamente, la dosis sugerida de inicio es de 10 mg cada 12 horas. La titulación individual se puede hacer escalando las dosis en un 25 a 50% cada 24 horas. En cuanto a los efectos secundarios, estos son similares a todos los opioides (somnia 37%, náuseas 32%, mareos 12%, vómitos 8%).

En conclusión, se presenta la oxicodona como el opioide oral de primera opción para el tratamiento del dolor intenso no controlado con morfina o en caso de intolerancia de ésta, como también estaría especialmente indicado en el tratamiento de la neuralgia postherpética y la neuropatía diabética.

El tema de revisión expuesto es un compendio muy completo de las características de este fármaco, que no cabe duda, cumple con un papel importante en el arsenal terapéutico de los especialistas en dolor.

### **Las Metas de los Cuidados Paliativos: Más Allá del Control de Síntomas**

*Breitbart W. The goals of palliative care: beyond symptom control. Palliat Support Care. 2006; 4(1):1-2*

Palliative & Supportive Care es una revista internacional de medicina paliativa, enfocada en los aspectos psiquiátricos, psicosociales, espirituales, existenciales, éticos y filosóficos de los cuidados paliativos. El jefe editorial es el médico psiquiatra William Breitbart, perteneciente al Memorial Sloan - Kettering Center de EEUU de Norteamérica. En la editorial de la revista, correspondiente al volumen 4 (1) del año 2006, relata en forma muy humana su experiencia personal, de cómo enfrentó la muerte de su padre, quien padecía de un cáncer a la próstata. He creído necesario transcribir la traducción del mencionado artículo, hecha por el doctor Carlos Fernández Fraga (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), ya que con su sencillez, nos ayudará a comprender mejor la filosofía de la medicina encargada de los enfermos terminales:

"Mi padre tuvo básicamente una "buena muerte". Murió confortablemente, en casa, en su propia cama, afeitado, rodeado y abrazado por su familia. Mi padre vivió con un cáncer de próstata con metástasis generalizadas durante cinco años. En esos cinco años, tuvo un dolor mínimo, y no sufrió episodios de infección ni hospitalizaciones. Estuvo sumamente bien durante cuatro años y medio, incluso trabajando. Los últimos seis meses estuvieron marcados por una progresiva pérdida de peso y debilidad, debiendo

reducir su ritmo de vida. Pero hasta el día anterior a su muerte, caminaba, se lavaba y vestía por sí mismo, discutía con mi madre y no tenía dolor. En la mañana del martes, por primera vez en su larga enfermedad, no pudo levantarse de la cama. Estaba somnoliento y no completamente reactivo. Mi madre me llamó para contarme de su cambio. Dejé la ronda de mañana del hospital, reuní unos pocos medicamentos esenciales y fui derecho a su casa (la casa en que yo crecí). Me pasé las siguientes y últimas 24 horas de su vida sentado en una silla al lado de su cama, dándole sorbos de morfina en solución y haloperidol, para mantenerlo cómodo, sin dolor, sin confusión y agitación. Mi madre durmió a su lado la noche entera. Cuando llegó la enfermera de soporte domiciliario, el viernes por la mañana, estaba claro que mi padre estaba muy cerca de la muerte. Entre los dos bañamos a mi padre, y yo insistí en afeitarlo. Tenía una barba de cuatro días, y sabía que hubiera querido morir bien afeitado. Después de afeitarse el lado izquierdo de su cara dejó de respirar. Lo besé, le di las gracias por darme la vida y acabé de afeitarse su mejilla derecha". El título y la traducción de la editorial relatan en forma sencilla, pero con mucha claridad, lo que esperamos para nuestros pacientes terminales: una atención y respeto que dignifique el proceso de quien se acerca al final de sus días, situación que va más allá del simple control de la sintomatología.

### **Duloxetina versus Placebo en Pacientes con Dolor por Neuropatía Diabética**

*Goldstein D, Lu Y, Detke M, Lee T, Iyengar S. Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy. Pain 2005;116:109-118.*

La Duloxetina es un potente fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina que actuaría sobre el dolor, a través de las vías inhibitoras descendentes. El objetivo de este estudio es determinar su eficacia y seguridad para el tratamiento del dolor secundario a la neuropatía diabética.

Se realizó un estudio multicéntrico, doble ciego, de 12 semanas, que incluyó 457 pacientes con dolor clasificado como neuropatía diabética (diabetes tipo 1 y 2). Los pacientes fueron asignados en forma aleatoria al tratamiento con duloxetina en dosis de 20 mg/día, 60 mg/día, 120 mg/día y placebo. El diagnóstico se realizó, utilizando el Neuropathy Screening Instrument, para lo cual debían obtener un puntaje superior o igual a 3. La primera medición para valorar la eficacia del fármaco en estudio fue la puntuación media de dolor semanal del 24-h Average Pain Score (puntuación de 0-10) que los pacientes incluidos en el trabajo debían llenar diariamente.

La Duloxetina en dosis de 60 y 120 mg/día mostró resultados estadísticamente significativos en relación a placebo. Se observó una mejoría en las puntuaciones del dolor a partir

de la primera semana después de la asignación aleatoria, la que se continuó durante las 12 semanas que duró el estudio. La Duloxetina también evidenció una mayor eficacia en relación a placebo, en el resto de medidas secundarias, incluyendo las referentes al estado de salud del paciente en estudio.

En forma significativa, más pacientes de entre los que recibieron cualquiera de las tres dosificaciones del fármaco, obtuvieron reducciones superiores al 50% en las puntuaciones del dolor, comparadas con los que únicamente recibieron placebo.

El uso terapéutico de duloxetina fue considerado seguro y bien tolerado, siendo el índice de abandonos por efectos secundarios indeseables inferior al 20%.

Los autores concluyen que Duloxetina, a dosis de 60 y 120 mg/día, se mostró efectiva en el tratamiento del dolor debido a neuropatía diabética.

El uso del fármaco estudiado ha demostrado efectividad en el tratamiento del dolor neuropático asociado a diabetes. Sin embargo, es necesario disponer de una mayor cantidad de estudios diseñados para tal efecto, con el objetivo de comparar duloxetina con otros productos, cuya utilidad sí ha sido demostrada en el tratamiento del dolor neuropático. De esta forma, podremos ubicar correctamente a esta droga, en el sitio adecuado que le corresponde, en el número creciente de fármacos, que han demostrado utilidad en el arsenal terapéutico para tratar este tipo de dolor.

### **Fentanilo TTS en España, Tres Años de Experiencia Clínica en Unidades del Dolor.**

*Contreras, D; Martínez, J; Torres, L M; Rev. Soc. Esp. Dolor 9 (2002); 4 :217 - 228*

Se analizó un total de 4.597 pacientes tratados por un periodo de 3 años con fentanilo TTS. El análisis lo efectuó un grupo de médicos. Ellos estudiaron 9 aspectos concretos: nuevas indicaciones y usos, inicio del tratamiento, duración del tratamiento, efectos secundarios en el dolor nociceptivo, tolerancia en el dolor nociceptivo, eficacia en el dolor nociceptivo, efectos secundarios en el dolor neuropático, eficacia en el dolor neuropático y tolerancia en el dolor neuropático. Los resultados revelaron que el fármaco está siendo utilizado para nuevas indicaciones, como el tratamiento del dolor postoperatorio o el tratamiento músculoesquelético agudo. En el caso del dolor oncológico, muchos pacientes son incluidos en el tratamiento sin pasar por el escalón 2 de la OMS. La dosis de inicio habitual suele ser de 25 mg.h- 1, muchos pacientes son tratados por períodos superiores a 6 meses y en muchos casos los pacientes son sometidos a tratamientos coadyuvantes con AINEs, antidepresivos y anticonvulsivantes. Se constató su eficacia en el tratamiento del dolor nociceptivo y neuropático.

Su tolerancia farmacológica, aunque presente, es pequeña y en general, los efectos secundarios son los habituales al

resto de los opioides. El presente estudio, importante por la cantidad de pacientes que incluye como por la calidad de quienes lo diseñan y aplican, reveló un alto perfil de seguridad y comodidad alta para los pacientes. Datos que sin duda nos ayudarán para una correcta aplicación de esta nueva droga en la modalidad de parche matricial, de reciente aparición en nuestro país.

#### *Correspondencia*

Dr. Rodrigo Fernández R.  
Anestesiólogo, Hospital del Salvador.  
Dirección: Pérez Valenzuela 1511 - Depto. 32  
Teléfono: (56-2) 235 1612  
E-mail: rfernandez@yahoo.com