

COMITÉ EDITORIAL:

- Domingo Orozco Beltrán
- Vicente Gil Guillén
- Fernando Quirce Andrés
- Jorge Navarro Pérez
- Vicente Cabedo García
- Francisco Brotóns Muntó
- José Sanfélix Genovés

COMITÉ CIENTÍFICO:

- Victoria Gosalbes Soler  
Valencia
- Xabier Albert Ros  
Valencia
- Víctor J. Suberviola Collados  
Valencia
- Víctor Pedrera Carbonell  
Alicante
- Luis Lizán Tudela  
Alicante
- Vicente Cabedo García  
Castellón
- Fernando Quirce Andrés  
Alicante
- Salvador Pertusa Martínez  
Alicante
- José Sanfélix Genovés  
Valencia
- Juan Carlos Campos  
Valencia
- Vicente Gil Guillén  
Alicante
- Antonio Maiques Galán  
Valencia
- Antonio Lorenzo Piqueres  
Castellón
- Jorge Navarro Pérez  
Valencia
- Joan Simó Miñana  
Alicante

Revista Valenciana de  
Medicina de Familia

Sociedad Valenciana de  
Medicina de Familia

C/. Santa Cruz de la Zarza, 4  
46021 VALENCIA

REVISTA EDITADA CON LA  
COLABORACIÓN DE M.S.D.

EDITORIAL

- ✦ Cuidados Paliativos ..... 5
- ✦ Cartera de Servicios ..... 7

DOCUMENTOS DE LA SVMFiC SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS .... 8

INFORMES DE LA SVMFiC: LA ATENCIÓN AL PACIENTE  
CON CÁNCER EN FASE TERMINAL

- ✦ Control de síntomas ..... 17
- ✦ Apoyo emocional y comunicación ..... 25
- ✦ Uso de la vía subcutánea para la administración de fármacos ..... 30

ATENCIÓN EN EL DOMICILIO. DOCUMENTO DE CONSENSO  
DE LA SEMFyc Y LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE CUIDADOS PALIATIVOS ..... 37

REVISIONES SISTEMÁTICAS: GRUPO EINA

- ✦ Artículos recientes de interés sobre cuidados paliativos ..... 42

DIAGNÓSTICO

- ✦ Utilidad del PSA en el cribado de cáncer de próstata ..... 52

TERAPEÚTICA

- ✦ Cirugía menor en Atención Primaria: Aspectos médico-legales. Ventajas e inconvenientes. Requisitos previos. Precauciones. Patologías a intervenir ..... 57
- ✦ Prevención de la gastropatía por AINES ..... 63

CASOS CLÍNICOS

- ✦ ¡Qué buena persona es usted, Doctor! ..... 69

ACTIVIDADES DE LA SVMFiC

- ✦ Congreso de Alicante ..... 73
- ✦ La Página web de la SVMFiC: Recursos y utilidades ..... 73
- ✦ Información sobre el próximo cambio de la concentración de los Viales de Insulina de 40 UI/ml a 100 UI/ml. Carta del Ministerio de Sanidad ..... 75

LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES

- ✦ Dejar de fumar ..... 78

RESEÑA DE LIBROS ..... 79

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ORIGINALES ..... 80

HOJA DE INSCRIPCIÓN A LA SVMFiC ..... 81



## ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN DOMICILIARIA

**T**radicionalmente la atención en el domicilio de los pacientes ha sido una parte fundamental de la actividad de los profesionales de atención primaria, los médicos de cabecera. Esta situación cambió con el modelo de medicina general, desarrollado fundamentalmente en el ámbito urbano, en el cual la atención se centraba en el consultorio y el médico acudía al domicilio del paciente ocasionalmente y siempre a demanda de éste.

En el modelo actual de atención primaria vivimos una situación intermedia. A pesar de que la atención en el domicilio forma una parte de la actividad de los médicos de familia la mayor parte de nuestra labor profesional se desarrolla en los centros de salud.

Existen diversas razones que justifican la necesidad de que la atención domiciliaria sea una parte importante de la actividad de los médicos de familia.

Debido al progresivo envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades graves e invalidantes, el número de pacientes atendidos por un médico de familia que padecen una limitación importante de su capacidad funcional y por lo tanto con problemas evidentes para desplazarse al centro de salud es considerable. Además con una clara tendencia a seguir aumentando en los próximos años.

La mayor parte del proceso de su enfermedad, hasta el momento del fallecimiento, va a transcurrir en el domicilio y es allí donde se les va a poder prestar atención. Se han realizado diversas encuestas en las que pacientes con enfermedades en estadios avanzados, como cáncer en fase terminal, eligen la opción de permanecer en su domicilio hasta el momento de la muerte si allí se les presta una atención adecuada.

Los Equipos de Atención Primaria se encuentran en una situación privilegiada para poder realizar una atención de calidad a aquellos pacientes, que por sus problemas de salud no pueden acudir a los centros sanitarios (atención integral, relación médico-paciente-cuidador establecidas a lo largo de años, accesibilidad, posibilidad de atención al paciente en su entorno socio-familiar etc.). Estas características, que son fundamentales, no son las que pueden ofrecer unidades dependientes del hospital, Unidades de Hospitalización a Domicilio.

Sin embargo hay problemas que se deben afrontar con prontitud.

Se deben abordar cambios organizativos en los EAP, para que la atención domiciliaria ocupe el lugar relevante que debe tener: reservar espacios de tiempo adecuados para atención domiciliaria programada, utilización de la historia clínica en el domicilio, mecanismos para resolución de problemas urgentes, relación con los profesionales de enfermería etc.

En este momento también son necesarios cambios de actitud en los profesionales, que deben identificar los domicilios de los pacientes como un lugar "habitual" para desarrollar su labor profesional.

Los pacientes con enfermedades graves e invalidantes (cancer en fase terminal, demencias avanzadas, secuelas graves de enfermedades cerebrovasculares, enfermedades reumatológicas invalidantes etc.), serán subsidiarios fundamentalmente de cuidado de tipo paliativo, por lo que es fundamental también una formación adecuada en este campo de la medicina.

Finalmente es fundamental que se consiga una adecuación del número de personas adscritas a cada médico de familia, para poder prestar una atención de calidad en el domicilio y también en el centro de salud.

Los médicos de familia nos enfrentamos diariamente a diversos problemas para poder realizar correctamente nuestra actividad profesional, por ello no debemos olvidar que una de las fuentes de mayor satisfacción profesional y humana de dicha actividad es precisamente la atención a estas personas, con múltiples problemas (físicos, emocionales, familiares etc.) que en muchas ocasiones les conducirán a la muerte.

**Lorenzo Pascual López**

*Grupo de atención domiciliaria de la SVMFIC*

## CARTERA DE SERVICIOS

**L**a Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria considera necesario y adecuado el objetivo de la Consellería de Sanidad de definir la "Oferta Básica Asistencial en Atención Primaria" (dentro de la Cartera de Servicios) así como, la implantación de los Contratos de Gestión con las Direcciones de Área y los Equipos de Atención Primaria.

No obstante hay una serie de modificaciones que deberían considerarse como que la oferta básica debe ser abierta permitiendo la incorporación de nuevos servicios, o que debe existir un compromiso de la Consellería para revisar y actualizar periódicamente la Oferta Asistencial de Atención Primaria, contando para ello con la Sociedad Científica de los médicos de Familia.

La evaluación de la OBA debe basarse en la auditoria de historias clínicas realizada por agentes externos al propio Centro de Salud, o al menos mixtas donde participen los miembros del Equipo de Atención Primaria. Dicha evaluación debe ser flexible en función de las características y el desarrollo de cada Centro de Salud.

La SVMFIC entiende que el éxito del proyecto exige el esfuerzo de la Administración para motivar / incentivar a los médicos de Familia. Consideramos que la implantación de objetivos y evaluaciones obligará a modificar algunos aspectos de la estructura organizativa, como la redefinición de la figura del Coordinador / director del Centro de Salud o la elaboración de protocolos / guías de consulta o relación con Especializada que normalicen la práctica clínica en los dos niveles.

Finalmente, la implantación de la Cartera de servicios requiere una asignación poblacional por cada médico, en muchos casos, inferior a la actual, la eliminación de la burocracia que soportamos, un sistema de información adecuado y ágil, la homogeneización/ ampliación de las pruebas complementarias que se solicitan desde Atención Primaria y a corto plazo sería deseable un cambio en el sistema retributivo.

Por todo ello, la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria considera indispensable previo a la firma de los Contratos de Gestión con las Direcciones de Área, la implantación de medidas que definan claramente la contraprestación ofertada por el adecuado cumplimiento de los objetivos de la Oferta Básica Asistencial.

En un artículo incluido en este número se incluyen los informes realizados por los grupos de trabajo de nuestra Sociedad sobre los diferentes Servicios que constituyen la Oferta Básica Asistencial.

**Juan Carlos Campos**

*Presidente de la SVMFIC*



# DOCUMENTO DE LA SVMFIC SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS

## GRUPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

### ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Incluir también a aquellas personas que tienen dificultades para desplazarse al centro de salud.

#### OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL

Definir claramente cuál es el plan de actuación, por ejemplo, cuidados de la piel, alimentación, atención al paciente con demencia, etc..

Incluir la valoración del paciente como una actividad fundamental. Se debería realizar la valoración geriátrica con instrumentos validados y aplicables en atención primaria: capacidad funcional (ABVD, I. Barthel), deterioro cognitivo (Pfeiffer), apoyo social, etc..

Especificar el número mínimo de visitas a realizar por el personal sanitario.

Circuitos de conexión con servicios sociales.

#### SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Debe ser informatizado y centralizado.

#### POBLACIÓN DIANA

Sería de un 10-15% en mayores de 65 años.

#### INDICADOR DE SEGUIMIENTO

En función de la oferta básica asistencial se deberían elaborar indicadores fiables y medibles. Ej: Pacientes con valoración inicial realizada, Pacientes constancia en HSAP del número mínimo de visitas, Pacientes con constancia en HSAP del plan de cuidados etc.

## ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Excepto en pacientes oncológicos la definición de situación de terminalidad plantea problemas en la práctica clínica habitual.

Sería conveniente incluir en este apartado a los pacientes oncológicos terminales, dejando el resto de patologías graves e invalidantes incluidas en el protocolo de atención domiciliaria.

#### OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL

Como en el apartado anterior se debería especificar el plan de actuación: existencia y seguimiento de protocolo de actuación en síntomas prevalentes (dolor, disnea,...), existencia y seguimiento de protocolo de actuación en la agonía etc.

Se deberían definir criterios y circuitos de derivación con unidades especializadas (en caso de existir).

#### POBLACIÓN DIANA

En la bibliografía revisada no encontramos referencias a la cifra propuesta en el protocolo. La mortalidad por cáncer, según en Ministerio de Sanidad es 22,5 por cien mil habitantes (0,225 %).

#### INDICADOR DE SEGUIMIENTO

En función de la oferta básica asistencial se deberían elaborar los indicadores. Ejemplo: Pacientes en tratamiento con morfina, Pacientes con adecuado control de síntomas.

#### INDICADOR DE RESULTADO

Pacientes que fallecen en domicilio con adecuado control de síntomas.

## PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD EN EL ANCIANO FRÁGIL

Dada la no uniformidad de la población a la que se refiere, la diversidad de criterios para la consideración de anciano frágil y la dificultad de implantación de las actividades propuestas, creemos prioritario centrarnos en los dos protocolos anteriores, en el que con seguridad quedarían incluidos la mayor parte de los pacientes.

En general de las diversos problemas de salud y actividades a las que se refiere el documento elaborado por la Conselleria, como grupo creemos que es fundamental que se definan **criterios básicos de correcta atención**, que pensamos deberían consensuarse con los profesionales de atención primaria.



## GRUPO DE DIABETES

### PREVENCIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

- 1) En la pagina 16 al hablar de los criterios de inclusión, eliminaríamos el epígrafe "Pacientes controlados exclusivamente por el endocrinólogo", dado que es obvio, al ir incluido en los criterios anteriores.
- 2) Los indicadores de cobertura y seguimiento son correctos. Claro que habría que definir lo que es "seguimiento protocolizado".
- 3) El indicador de resultado, es de resultado intermedio (control metabólico).
- 4) Podría incluirse algún indicador de resultado FINAL:
  - N° de pacientes con cardiopatía isquémica (o ictus)/ N° historias clínicas revisadas.
  - N° de pacientes con retinopatía diabética/ N° historias clínicas revisadas.
  - N° de pacientes con amputación de origen no traumático/ N° historias clínicas revisadas.
  - N° de pacientes con ingreso hospitalario con glucemia > 500 mg/dl/ N° historias clínicas revisadas.
- 5) En el grupo también se han propuesto objetivos específicos como:
  - Registro informatizado de los pacientes DM
  - Cobertura del 75% al final de 2001
  - 70% de los pacientes incluidos en el programa con 2 HbA1c en el año
  - 60% de los pacientes incluidos con pulsos periféricos y sensibilidad vibratoria y táctil explorados a final de 2001
  - 50% de los pacientes con HbA1c<7.5%
  - 60% de los pacientes con TA<140/90
- 6) Por último, señalar que con **2-3 indicadores por año evaluado** sería suficiente. Inicialmente el de cobertura es imprescindible, para saber las cargas de trabajo. Además del control metabólico, para analizar la efectividad del manejo de la DM.
- 7) Otra posibilidad que se ha apuntado dentro del grupo de trabajo, sería la de "clasificar" a los EAP según sus características (años de funcionamiento, docencia pre y posgrado, número de Médicos de Familia, informatización, etc.); evidentemente no se

puede evaluar igual un centro que lleva funcionando dos años y sin docencia que otro que lleva funcionando 10 años y con docencia.

## GRUPO DE INFECCIOSOS

**Infección VIH.**—Actualmente en las consultas de atención primaria, no hay medios ni diagnósticos ni terapéuticos para el seguimiento protocolizado de estos pacientes dada su complejidad.

Se tendría que hacer incapié en :

- diagnóstico precoz de la infección ( técnicas de laboratorio al alcance: serología de screening, de confirmación y carga viral).
- Prevención de la infección tanto a los grupos de riesgo como a la población general.

El indicador de número de pacientes diagnosticados no tiene ningún valor, tendríamos que hablar de casos en los que se ha realizado prevención ( aunque este parámetro es difícilmente medible).

**TBC.**—En Atención Primaria, es importante sobre todo el estudio de contactos y la pauta y seguimiento de quimioprofilaxis y también el seguimiento de tratamientos.

No tiene valor el indicador de número de casos diagnosticados de TBC, mejor hablar de número de estudios de contactos realizados, número de infecciones diagnosticadas y seguidas, número de seguimiento y pautas de quimioprofilaxis.

El papel de la atención primaria es fundamental en la sospecha diagnóstica y en la búsqueda de casos en las poblaciones de riesgo.

Como indicadores se podrían utilizar:

- Porcentaje de casos de TBC con EC ( estudio de contactos) censados.
- Porcentaje de casos de TBC con EC estudiados entre los censados.
- Porcentaje de TBC con EC estudiados.
- Porcentaje de contactos que cumplen la OP en relación a los que cumplen más los que abandonan.

**Otros.**—Debería de alguna forma contemplarse la existencia de una política de uso correcto de antibioticos en todos los centros y protocolos de seguimiento de las principales infecciones que vemos en atención primaria y que son un porcentaje importante de las consultas: infecciones respiratorias, infecciones urinarias...

## GRUPO ATENCIÓN A LA MUJER CAPTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

Seguimiento protocolizado que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas de manera coordinada con atención especializada.

### • Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Protocolo clínico que contemple plan de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación.

Registro en la Historia Clínica de las actividades realizadas.

### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico del número de embarazadas captadas y valoradas.

### • Población diana

Total de gestantes.

*Población estimada: Total de nacidos vivos en el año.*

### • Indicador de cobertura

Nº total de gestantes captadas y valoradas en un año x 100 / Población estimada

## INDICADOR DE SEGUIMIENTO

**Nº TOTAL DE GESTANTES CON SEGUIMIENTO  
PROTOCOLIZADO X 100 / NUMERO TOTAL DE GES-  
TANTES CAPTADAS EN UN AÑO.**

## INDICADOR RESULTADO

**Nº TOTAL DE GESTANTES CON SEGUIMIENTO  
PROTOCOLIZADO X100 / POBLACION ESTIMADA**

## PREPARACION AL PARTO

Atención protocolizada que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas, con el objetivo de preparar para el momento del parto y en los cuidados iniciales del recién nacido.

### • Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Actividad dirigida a grupos de mujeres embarazadas y a sus parejas.

Registro en la Historia Clínica: Sesiones realizadas y cuidados del recién nacido.

### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico del número de embarazadas que han recibido preparación al parto.

### • Población diana

Total de gestantes.

*Población estimada: Total de nacidos vivos en el año.*

### • Indicador de cobertura

Nº total de gestantes incluidas en el servicio de preparación al parto en un año x 100 / Población estimada.

## VISITA EN EL PRIMER MES POSTPARTO

Seguimiento protocolizado que se realiza, en el Centro o en el domicilio, a la puerpera y al recién nacido, con el objetivo de valorar la salud de ambos.

### • Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Realizar una visita puerperal (preferentemente en el domicilio de la puerpera). **DENTRO DE LOS 15 DIAS POSTPARTO. RECOMENDAMOS QUE LA VISITA SEA DOMICILIARIA EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA VALORACION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA INDIQUE RIESGO SOCIAL.**

Protocolo clínico que contemple exploración de la puerpera (valorando su estado de ánimo), exploración del recién nacido, promoción de la lactancia materna y cuidados de la puerpera y del recién nacido. Derivación a otros servicios: Metabolopatías, Vacunaciones, Control del Desarrollo Infantil y Planificación Familiar, **ATENCION TEMPRANA.**

El proceso asistencial constará como mínimo de 1 visita con los contenidos que figuran en el protocolo.

Registro en la Historia Clínica de las actividades realizadas.

### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico del número de mujeres a las que se les ha realizado la visita en el primer mes postparto.

### • Población diana

Total de puerperas.

*Población estimada: Total de nacidos vivos en el año.*

### • Indicador de cobertura

Nº total de puerperas visitadas en un año x 100 / Población estimada



## EDUCACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR (INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)

Potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad. Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. Prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH.

### • Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana

Protocolo clínico que contemple plan prevención, de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación.

### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro del COF

### • Población diana

Total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y total de población adolescente y joven.

"Para la cobertura de cartera solo se centrará en información y seguimiento de métodos anticonceptivos. Total de mujeres de 15 a 49 años".

### • Indicador de cobertura

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres de 15 a 49 años incluidas en el servicio} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 49 años}}$$

## CONOCIMIENTO DEL ESTADO VACUNAL DE LA RUBEOLA

Servicio dirigido al conocimiento del estado de inmunización frente a la rubéola en todas las mujeres en edad fértil, con el objetivo de disminuir la incidencia de la embriopatía rubeólica en las mujeres gestantes.

### • Oferta básica asistencial

Investigación sistemática del estado vacunal de la población femenina en edad fértil.

En el caso de que no existiera evidencia de vacunación o hubiera dudas, se procederá a vacunar.

Para vacunar no es necesario hacer medición previa de anticuerpos. La vacuna no tiene efectos adversos o contraindicaciones en personas previamente vacunadas.

Siempre recomendar medidas de anticoncepción durante los tres meses postvacunación en mujeres en edad fértil.

### • Población diana

Mujeres en edad fértil (15 a 49 años).

### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro de vacunas.

### • Indicador de cobertura

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres de 15 a 49 años inmunizadas frente a la rubéola} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 49 años}}$$

**CREEMOS CONVENIENTE DAR PRIORIDAD A ESTE SERVICIO YA QUE EN BREVE LA POBLACION DIANA SE ENCONTRARA PROTEGIDA FRENTE A LA RUBEOLA TRAS LA PUESTA EN MARCHA HACE UNOS AÑOS DE LOS PLANES OFICIALES DE VACUNACIÓN.**

## ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Atención protocolizada que se oferta a las mujeres que HAN SUPERADO LA EDAD FERTIL con el objetivo de mejorar su calidad de vida con acciones de promoción, prevención y asistencia de manera coordinada con atención especializada.

– Criterio de inclusión:

### **LOS QUE SE INDICAN EN EL PROGRAMA DE CONSELLERIA.**

❖ Mujeres que acuden a la consulta por cualquier motivo y presentan síntomas relacionados con el climaterio.

### • Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico.

### • Población diana

Total de mujeres mayores de 45 años postmenopausicas y menores de 45 años con menopausia precoz o quirúrgica.

Para el cálculo de coberturas se utiliza el total de mujeres mayores de 45 años.

### • Indicador de cobertura

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres} > \text{ de 45 años postmenopausicas incluidas en el servicio} \times 100}{\text{Total de mujeres} > \text{ de 45 años}}$$

### DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL Ca. DE CERVIX

Servicio que se oferta a la población con el objetivo de disminuir la prevalencia del Ca. de Cervix y sus complicaciones. Incluye prevención, valoración y seguimiento protocolizado.

– Factores de riesgo (*Pendientes de consensuar con Salud Pública*):

- ❖ Coito inicial en edad temprana (antes de los 20 años).
- ❖ Múltiples compañeros sexuales.
- ❖ Compañero sexual que ha tenido múltiples compañeras (pareja de riesgo).
- ❖ Antecedente de enfermedad venérea.
- ❖ Antecedente de infección por virus del papiloma humano (VPH).
- ❖ Seropositividad para el VIH con recuentos bajos de linfocitos CD4 < de 400/mm<sup>3</sup>.
- ❖ Antecedente de neoplasia cervical intraepitelial (NCI).
- ❖ Tabaquismo.

#### • Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Realizar cribado a las mujeres de 35 a 65 años de edad sexualmente activas o que han mantenido relaciones sexuales completas en el pasado. Se recomienda la realización inicial de dos citologías de Papanicolaou con un intervalo de un año entre ambas (básicamente con la finalidad de detectar los eventuales falsos negativos); posteriormente, cada 3 años.

A las mujeres de más de 65 años que no se hayan practicado ninguna citología en los últimos 5 años, se deberían practicar 2 citologías con un año de intervalo entre ambas y, si son normales, no proseguir con el cribado.

#### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro centralizado.

#### • Población diana

Mujeres sexualmente activas de 35 a 65 años.

Priorizar en los grupos de riesgo a cualquier edad.

#### • Indicador de cribado

Nº de Historia Clínicas de mujeres entre 35 y 65 años sexualmente activas con registro de citología en los 3 últimos años x 100 / Nº de Historias Clínicas revisadas.

**CONSIDERAMOS QUE DADA LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ Y LA ANSIEDAD QUE LA ESPERA PUEDE GENERAR EN LA POBLACION, EL RESULTADO DEBERIA ESTAR DISPONIBLE EN UN PLAZO MÁXIMO DE DOS MESES, HABILITANDO PARA ELLO LAS INFRAESTRUCTURAS NECESARIAS.**

### DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL Ca. DE MAMA

Participación en el programa de diagnóstico precoz del Ca. de Mama de la Comunidad Autónoma Valenciana, mediante sensibilización de la población diana para que acudan a las unidades al ser citadas, y seguimiento de mujeres con patología tumoral detectada. Incluye asistencia sanitaria ante sospecha de patología mamaria.

#### • Oferta básica asistencial

A partir de los 45 años de edad las unidades de del programa de prevención del Ca. de mama de la Comunidad Autónoma Valenciana, citan para mamografía cada 2 años.

Colaboración de los profesionales sanitarios en la participación del programa.

#### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro centralizado.

#### • Población diana

Priorizar sobre el grupo de mujeres residentes en la Comunidad Autónoma Valenciana de 45 a 65 años y ampliar hasta los 69 años en función de los recursos disponibles a medio y largo plazo.

Mujeres mayores de 40 con factores de riesgo\*.

(\*) Afectación de familiares en primer grado por la enfermedad (madre, abuela, hermanas). El riesgo aumenta si la enfermedad se declaró en la premenopausia o fue bilateral.

#### • Indicador de cobertura (participación)

Objetivo: > 70 %

$$\frac{\text{Nº de mujeres que acuden} \times 100}{\text{Nº de mujeres citadas}}$$

#### • Indicador de seguimiento (continuidad)

Objetivo: > 75 %

$$\frac{\text{Nº de mujeres que acuden a estudios sucesivos} \times 100}{\text{Nº de mujeres que acuden a estudio previo}}$$



- **Indicador de resultado**

1. **Tasa de detección:**

Objetivo:  $> 3 \times$  Incidencia (Primeras)

Objetivo:  $> 1,5 \times$  Incidencia (Sucesivas)

Nº de casos detectados x 1000 / población diana

2. **Precocidad:**

Objetivo:  $> 25 \%$

Nº de casos con Ca.  $< 1\text{cm}$  x 100 / Población diana

3. **Afectación ganglionar:**

Objetivo:  $> 70 \%$

Nº de casos de Ca. sin afectación ganglionar x 100 / Nº de casos detectados

## DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL Ca. DE ENDOMETRIO

Servicio dirigido a todas las mujeres postmenopausadas con el objetivo de disminuir la prevalencia y complicaciones del Ca. de endometrio.

– Factores de riesgo:

- ❖ Antecedentes de hiperplasia endometrial.
- ❖ Obesidad, por conversión periférica de andrógenos a estrógenos.
- ❖ Infertilidad, probablemente en relación con el ciclo anovulador.
- ❖ Ciclo anovulador, en casos de ovario poliquístico.
- ❖ Hemorragias disfuncionales perimenopáusicas.
- ❖ Administración exógena de estrógeno sin oposición de gestágenos.
- ❖ Tumores funcionantes del ovario (tecaluteínicos).
- ❖ Tumores malignos previos de mama y ovario.
- ❖ Terapia con tamoxifeno a dosis altas y durante períodos largos en pacientes con cáncer de mama.

- **Oferta básica asistencial**

Realizar un interrogatorio clínico con periodicidad anual a las mujeres postmenopausadas (a partir de los 45 años de edad) para conocer precozmente la presencia de hemorragia vaginal.

Protocolo clínico que contemple prevención, plan de actuación, seguimiento y criterios de derivación.

- **Sistema de información y registro**

Historia Clínica (manual o informática)

Registro de actividad en la Historia Clínica.

- **Población diana**

Total de mujeres mayores de 45 años postmenopausadas.

- **Indicador de cribado**

Nº de Historia Clínicas de mujeres mayores de 45 años postmenopausadas con registro de la no existencia de sangrado vaginal en el último año x 100 / Nº de Historias Clínicas revisadas.

## GRUPO DE RESPIRATORIO. PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

*Echamos en falta unas recomendaciones sobre enfermedades respiratorias como el ASMA.*

Seguimiento protocolizado que se presta a toda persona cuyo proceso se caracteriza por una obstrucción al flujo aéreo, debido a la existencia de una bronquitis crónica y/o enfisema. Incluye actividades de prevención, control y seguimiento.

– Criterios de sospecha:

- ❖ Personas con historia de tabaquismo.
- ❖ Infecciones respiratorias de repetición de vías bajas.
- ❖ Disnea progresiva.

– Criterios de inclusión:

- ❖ Patrón espirométrico obstructivo (cociente FEV1/CVF menor a 80%).
- ❖ Pacientes con diagnóstico de EPOC previo a la apertura de la Historia Clínica.

- **Oferta básica asistencial.**

Protocolo clínico que contemple prevención de tabaquismo, plan de actuación (incluyendo educación sanitaria y rehabilitación respiratoria), seguimiento y criterios de derivación.

Búsqueda *activa* de casos.

Censo actualizado de todas las personas diagnosticadas de EPOC.

- **Sistema de información y registro**

Historia Clínica (manual o informática).

Registro de morbilidad específico.

- **Población diana**

Población total.

EPOC estimada: La prevalencia oscila entre un 4% y 7%. *Para efectos del cálculo de coberturas se estimara un 4% de la población total.*

• **Indicador de cobertura**

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes diagnosticados de EPOC (con patrón espirometrico) } \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes con EPOC estimados (4\%)}$

• **Indicador de seguimiento**

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes diagnosticados de EPOC con seguimiento protocolizado } \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes diagnosticados de EPOC}$

• **Indicador de resultado**

Es difícil precisar cuando se encuentra controlado un enfermo diagnosticado de EPOC, pero se pueden considerar como criterios de buen control los siguientes:

- ❖ *El paciente ha abandonado el habito de fumar*
- ❖ *Si el enfermo ha dejado de fumar:*
  - *Caída anual del FEV1 aproximadamente un 50% menor a la caída anual observada antes del abandono del habito tabáquico. Irrealizable*
  - *Disminución del N° de agudizaciones respecto a los años anteriores.*

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes diagnosticados de EPOC que han dejado de fumar } \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes fumadores diagnosticados de EPOC}$

**GRUPO DE VACUNAS Y DEL CALENDARIO VACUNAL DEL ADULTO**

**Anotación CAVA I Comentarios generales a la Oferta Básica de Vacunación del Adulto en Atención Primaria:**

1. Todos los adultos deben contar con el registro de las vacunas recibidas, a recibir o el desconocimiento sobre las mismas.
2. Todos los adultos deben disponer de un documento personalizado donde se haga constar la cumplimentación del calendario vacunal del adulto.
3. Contemplar la inclusión de la protección frente a la Rubéola, Sarampión y Parotiditis de aquellos adultos jóvenes (<45 años) que carezcan de antecedentes de alguna de estas enfermedades o de haber recibido como mínimo dos dosis de vacuna triple vírica.

**VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE**

Inmunización de la población frente a la Gripe con el objetivo de disminuir su incidencia y gravedad.

• **Indicaciones de la vacuna**

**Anotación CAVA 2: Respecto a las indicaciones de la vacuna antigripal a grupos de riesgo elevado y personas que pueden transmitir la gripe a estos últimos.**

(Opcional, la vacunación antigripal de cada grupo de riesgo debe estar incluida como criterio de calidad en los distintos programas o elementos de la oferta básica de servicios específicos: por ejemplo: control del embarazo NORMAL, Programa de Asistencia al Inmovilizado o de Atención a Domicilio, Diabético, EPOC, etcétera, el denominador será el número de incluidos en el programa).

- Grupos con riesgo elevado de complicaciones:
  - ❖ Personas > 65 años.
  - ❖ Residentes en instituciones cerradas y pacientes de cualquier edad y con enfermedades crónicas.
  - ❖ Niños y adultos con enfermedades crónicas pulmonares y cardiovasculares.
  - ❖ Niños y adultos con procesos crónicos no incluidos en el grupo de riesgo anterior: Enfermedades metabólicas incluyendo diabetes, insuficiencia renal, hemoglobinopatías, inmunodepresión, infección por VIH.
  - ❖ Niños en tratamiento continuado con ácido acetilsalicílico. (el síndrome de Reye se presenta en niños en edad escolar, la indicación en adultos estaría supeditada a la patología acompañante)
  - ❖ Mujeres embarazadas que estén en el segundo o tercer trimestre durante la estación de la epidemia de gripe.

– Grupos que pueden transmitir la gripe a personas de alto riesgo:

- ❖ Personal sanitario y no sanitario en contacto con personas de alto riesgo.
- ❖ Trabajadores de los centros de crónicos.
- ❖ Personas que cuidan o conviven con pacientes de alto riesgo.

**Anotación CAVA 3 Indicaciones de vacunar frente a la gripe a "otros grupos":**

Sólo debería incluirse en el caso de que se tomara la decisión de ofertar la vacunación antigripal de forma universal. Si no es así la protección de estos grupos



debe ser responsabilidad de los Gabinetes de Seguridad Higiene, Salud Laboral o Medicina del Trabajo en el ámbito "empresarial" correspondiente..

– Otros grupos:

- ❖ Personal empleado en servicios públicos o especiales (personal sanitario, bomberos, cuerpos de seguridad, transportes, etc.)
- ❖ Población general, que incluye a todas las personas que no pertenecen a ningún grupo de riesgo y que deseen vacunarse.

#### • Oferta básica asistencial

Mecanismos de información, captación, mantenimiento de la red del frío, administración de la vacuna (intramuscular en el deltoides y en embarazadas después del primer trimestre de la gestación).

##### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática).

Registro de vacunas.

##### • Población diana

Anotación CAVA 4 Denominadores de cobertura antigripal

Personas de 65 o más años adscritas al CS.

Personas menores de 65 años incluidas en los programas específicos de supervisión del embarazo, manejo del diabético, atención al inmovilizado y adomicilio, hipertenso, EPOC, etcétera),

##### • Indicador de cobertura (> de 65 años)

$$\frac{\text{Nº total de personas } > \text{ de 65 años vacunadas contra la Gripe durante la campaña vacunal } \times 100}{\text{Población } > \text{ de 65 años.}}$$

##### • Indicador de cobertura (población < de 65 años)

$$\frac{\text{Nº total de personas } < \text{ de 65 años vacunadas contra la Gripe durante la campaña vacunal } \times 100}{\text{Población estimada con criterio de riesgo } < \text{ de 65 años.}}$$

#### • Oferta básica asistencial.

Mecanismos de información, captación, mantenimiento de la red del frío y administración de la vacuna (siempre intramuscular en región deltoidea).

Administrar preferentemente, el preparado de vacuna antitetánica y antidiftérica (Td), dada las bajas tasas de anticuerpos frente a la difteria en la población adulta.

La vacuna a administrar a las embarazadas debe ser la Td dado el alto número de susceptibles a la difteria en nuestra población y a la menor cobertura de las mujeres. En nuestro país están comercializadas en la actualidad tres vacunas Td para adultos (ANATOVAL, DIFTAVAX Y DITANRIX, mientras las dos primeras no están expresamente autorizadas para su uso en embarazadas, una tercera sí lo está. No parece *sensato* mantener a nuestra población de mujeres susceptibles frente a la difteria si contamos con un preparado administrativamente adecuado para paliar esta situación.

Cumplir la pauta de vacunación completa (Td) en adultos no inmunizados previamente con tres dosis (0, 1 y 12 meses) para seguir posteriormente con una dosis de recuerdo cada 10 años.

Cuando el individuo ha recibido una primovacuna correcta durante la infancia, con la correspondiente dosis de recuerdo a los 14 años, debe seguir recibiendo una dosis cada 10 años durante toda la vida.

##### • Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática).

Registro de vacunas.

##### • Población diana

Población mayor de 14 años.

##### • Indicador de cobertura

$$\frac{\text{Nº de personas } > 14 \text{ años vacunadas correctamente de tétanos-difteria según protocolo } \times 100}{\text{Población diana.}}$$

## VACUNACION CONTRA EL TETANOS-DIFTERIA

Inmunización contra el Tétanos y Difteria de todos los adultos mayores de 14 años, con el objetivo de disminuir el número de susceptibles entre los mismos.

#### • Indicaciones de la vacuna

- ❖ Todos los adultos no inmunizados previamente.
- ❖ Todos los adultos en los que sea precisa la administración de una dosis de recuerdo.

## VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO

Anotación CAVA 5 Protección frente a la Hepatitis.

## VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B y HEPATITIS A

**NOTA:** la evolución epidemiológica aconseja, tal como se hace en el CAVA la vacunación frente a la Hepatitis A. Así,



*en adelante, y en ausencia de historia de haber sido vacunado de la hepatitis A o de haber padecido la enfermedad, nos referimos a la vacunación frente a ambas hepatitis A Y B*

Inmunización de la población contra la Hepatitis B y Hepatitis A, con el objetivo de disminuir la incidencia y complicaciones derivadas de la infección por el virus de la Hepatitis B y Hepatitis A.

- **Indicaciones de la vacuna**
- **Todas las personas de 45 o menos años que carezcan de historia de inmunidad frente al virus de la Hepatitis B y Hepatitis A (Existe constancia previa de que han padecido o padecen la infección o registros que certifican que se recibió la vacuna)**
- **Oferta básica asistencial**

*Pendiente de determinar*

Mecanismos de información, captación, mantenimiento de la red del frío, y criterios según protocolo de administración de la vacuna.

Cumplir la pauta de vacunación completa con tres dosis: (0,2,6) primera-dos meses-seis meses.

- **Sistema de información y registro**  
Historia Clínica (manual o informática)  
Registro de vacunas
- **Población diana**  
Población > de 14 años.
- **Indicador de cobertura**

Número de personas > 14 y menores de 46 años vacunadas de Hepatitis B y Hepatitis A / Población > de 14-46 años



# LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER EN FASE TERMINAL EN SUS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA (I)

Lorenzo Pascual López; Vicenta Pastor Doménech; Josefa Gutiérrez Valverde; Francisca Nieto Giménez

Grupo Atención Domiciliaria SVMFiC

## INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria a personas con enfermedades graves e invalidantes es una de las actividades fundamentales de los Equipos de Atención Primaria. Los pacientes con cáncer en fase terminal constituyen un grupo importante de personas que requerirán atención en el domicilio.

En el proceso de atención habrá períodos críticos, o de mayor demanda asistencial, períodos en que la atención deberá extremarse como son el inicio de la situación de terminalidad o la atención a complicaciones que requieran atención urgente (compresión medular). La atención a los pacientes en sus últimos días de vida, la atención en la agonía debe ser considerada como uno de estos períodos críticos.

Nos encontramos frente a una situación que va a provocar un gran impacto emocional en los enfermos, en las familias que los cuidan y en los profesionales sanitarios que los atienden, siendo la característica clave del momento la percepción de una muerte inminente.

Las demandas de atención serán

frecuentes dada la presencia de síntomas intensos, cambiantes en el tiempo y en ocasiones de aparición súbita y asociadas habitualmente a un componente de angustia y ansiedad fundamentalmente de los cuidadores, que pondrán a prueba la capacidad de atención (formación, aspectos organizativos etc.) de los EAP.

En la atención a un paciente en fase terminal en sus últimos días de vida nos enfrentamos a una "situación única" e irrepetible para cada paciente, cada familia y para nosotros mismos. Por lo tanto dentro de los EAP habrá que extremar el cuidado para que ninguna de estas múltiples demandas quede sin ser atendida (fines de semana, noches etc.)

## DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN AGÓNICA

Los síntomas y signos que caracterizan a la situación agónica son los siguientes:

- Postración, aumento de la debilidad, (generalmente los enfermos permanecen en cama las 24 horas).
- Deterioro del nivel de conciencia. El grado de alteración puede ser variable pero habitualmente permanecen en un estado estuporoso, respondiendo lentamente a las ordenes verbales.
- Incontinencia de esfínteres
- Dificultad o incapacidad para la ingesta.
- Signos físicos: oliguria, taquicardia, hipotensión, a veces fiebre.
- Problemas emocionales: ansie-

Tabla 1: PREVALENCIA DE SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS

	CONILL C. n = 176
Astenia	81,8
Anorexia	80,1
Boca seca	69,9
Síndrome confusional	68,2
Estreñimiento	55,1
Disnea	46,6
Disfagia	46
Ansiedad	45,5

dad, agitación, intranquilidad, miedo y en ocasiones crisis de pánico.

Los síntomas físicos mas prevalentes en los últimos días son: astenia, anorexia, boca seca, síndrome confusional, respiración estertorosa, estreñimiento y disnea (tabla 1).

### **OBJETIVOS EN LA ATENCIÓN A UN PACIENTE EN SUS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA:**

Los objetivos que debemos plantearnos al atender a un paciente en una situación agónica son:

- Adecuado control de síntomas físicos
- Apoyo emocional al paciente y a su familia hasta el momento de la muerte.

En esta fase final tiene una especial relevancia los cuidados de confort " atención al detalle", la prevención de las posibles crisis (dolor, disnea...) y el soporte familiar.

### **ESTRATEGIA GENERAL EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS:**

En la estrategia del control de síntomas, la fase agónica tiene unas peculiaridades que la diferencian del abordaje de los problemas en otras fases de la situación terminal (Tabla 2)

#### **1) Tratamiento fundamentalmente sintomático**

En primer lugar el tratamiento de los diferentes problemas de los pacientes se realizará fundamentalmente de una manera sintomática.

En este momento habrá que valorar la conveniencia de realizar determinadas exploraciones complementarias teniendo en cuenta las molestias que le van a suponer al paciente (traslado a hospital) y los posibles beneficios que ello le va a ocasionar. Ante un paciente con cáncer de pulmón que se encuentra en fase agónica y presenta un síndrome confusional ¿esta indicado realizar un TAC cerebral en el hospital para descartar metástasis cerebrales?. Siempre debemos plantearnos en que va a mejorar este paciente en términos de pronóstico o de control adecuado de síntomas el poner la "etiqueta" al causante de ese síntoma.

#### **2) Prevención de crisis**

Otro elemento fundamental en el control de síntomas en la fase agónica mientras el paciente permanece en el domicilio es la prevención de crisis. Una de las características de la situación agónica es ser "cambiante", es decir que pueden aparecer síntomas nuevos y frecuentemente los síntomas existentes presentan exacerbaciones (dolor, disnea, agitación). Por lo tanto deberemos plantearnos den-

tro del EAP estrategias para afrontar estas crisis.

En primer lugar es fundamental informar a las familias de que estas crisis pueden ocurrir, de esta manera cuando la crisis de disnea o de dolor aparezca el impacto en las familias será menor.

Los EAP deben dar una solución rápida a estas situaciones de crisis, por lo que será fundamental que aparte de un adecuado conocimiento del manejo clínico de la situación establezcan mecanismos para que cuando ocurran, en un período breve de tiempo se preste atención al paciente y a la familia (conocimiento por el médico de guardia, disponibilidad de la medicación adecuada). La situación agónica debería ser considerada por los EAP como una situación de "urgencia vital" considerando que aliviar el sufrimiento de un ser humano en sus últimos momentos de vida debe ser una de las prioridades de un médico de familia en su labor profesional.

#### **3) Necesidad de alternativas a la vía oral, la vía subcutánea**

Otra peculiaridad en esta situación es la dificultad que presentan

**Tabla 2: ESTRATEGIA GENERAL EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA**

- 1) Los síntomas se tratan generalmente de manera sintomática.
- 2) Es fundamental que los EAP den respuesta adecuada e inmediata a las situaciones de crisis (dolor, disnea, agitación).
- 3) En ocasiones no se puede utilizar la vía oral para administrar medicación, siendo la alternativa de elección la vía subcutánea.
- 4) La sedación del paciente será necesaria en una pequeña proporción de pacientes para conseguir un adecuado control sintomático.



los enfermos en muchas ocasiones para la toma de medicación por vía oral. Esta situación nos plantea la búsqueda de alternativas. En cuidados paliativos existe un amplio consenso en la actualidad en que la alternativa a la vía oral para la administración de medicación es la vía subcutánea. El porcentaje de pacientes que requerirán utilización de esta vía alternativa varía en las series pero en la fase agónica puede llegar hasta un 40 %.

**4) Necesidad de sedación para el control de síntomas**

Finalmente es importante destacar que en determinadas situaciones habrá pacientes en los que el único procedimiento para poder conseguir un control adecuado de los síntomas será la sedación. Es decir provocar por medios farmacológicos una pérdida de conciencia. El porcentaje de pacientes que requerirán la sedación para el control de síntomas varía mucho en función de las series revisadas (19-52%).

**EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS MAS PREVALENTES EN EL PACIENTE AGONICO**

**DOLOR:**

Gracias a la estandarización del tratamiento del dolor (escalera analgésica) en la actualidad se puede afirmar que en la mayoría de pacientes atendidos por un EAP se puede conseguir un control adecuado del mismo.

Sin embargo en el tratamiento del dolor en la fase agónica tendremos en cuenta una serie de consideraciones, que son importantes para que en los últimos días de vida el paciente no presente dolor.

**1) No se debe suspender nunca el tratamiento analgésico previo a la situación agónica.**

Aunque el paciente se encuentre estuporoso o en coma, el dolor puede provocar disconfort en el paciente y ante un paciente en tratamiento previo con opioides ( morfina) la supresión brusca del tratamiento provocaría un síndrome de abstinencia. El requerimiento de analgésicos en la fase agónica permanecerá estable o en ocasiones, será preciso aumentar las dosis previas

**2 ) Consideraciones respecto a la utilización de morfina**

Respecto a la utilización de morfina en la fase agónica podemos encontrarnos ante situaciones diversas:

*– Paciente sin tratamiento previo con morfina y que debido a la intensidad del dolor se decide iniciar el tratamiento:*

Si el paciente puede tragar sin ninguna dificultad utilizaremos morfina de liberación rápida, en nuestro país la única presentación de morfina de estas características es el Sevredol que se comercializa en comprimidos de 10 y de 20 mg por vía oral. Los comprimidos de Sevredol se pueden machacar y administrar disueltos en líquidos para facilitar su deglución.

La morfina de liberación rápida se debe administrar en intervalos de 4 horas. Una practica que se realiza habitualmente para aumentar las horas de descanso nocturno es doblar la dosis de la noche. Por ejemplo un paciente en tratamiento con Sevredol 5 mg cada 4 horas se le administraría con el siguiente horario: 8h, 12h, 16h, 20h, y a las 24 horas le administraríamos 10 mg , esta pauta se seguirá siempre que no aparezca dolor en la madrugada.

Las dosis de inicio con morfina varían en función del tratamiento analgésico previo, si el paciente tomaba previamente opioides para dolor leve o moderado (codeína o tramadol) a dosis plenas comenza-

**Tabla 3: CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN DE MORFINA**

- 1) Respetar siempre los intervalos de administración, morfina de liberación rápida cada 4 horas, morfina de liberación controlada cada 12 horas.
- 2) Si utilizamos morfina de liberación rápida, para respetar el sueño nocturno se puede doblar la última dosis de la noche.
- 3) Los incrementos de dosis serán del 30-50 %.
- 4) La conversión de dosis de morfina por vía oral a vía subcutánea se realiza dividiendo la dosis total por la mitad.
- 5) Pautar dosis de rescate para el dolor incidental, 1/6 de la dosis de morfina que se administra en 24 horas.



remos con una dosis diaria de 60 mg/24 horas (Sevredol 10 mg/4 horas). Si el paciente no se encontraba en esa situación comenzaremos con dosis menores 30mg/24 horas (Sevredol 5 mg/4 horas).

– **Paciente en tratamiento previo con morfina**

Mientras el paciente pueda tragar sin dificultad seguiremos la pauta analgésica previa (habitualmente sulfato de morfina en forma de liberación retardada).

Si son necesario incrementos de dosis éstos serán del 30-50 % respecto a la dosis previa Ej. Paciente en tratamiento con 90 mg de MST continus en 24h y precisa incremento de dosis le corresponderían 120 mg de MST continus en 24h.

**3 ) Que hacer ante un paciente en tratamiento con morfina con dificultades para la toma de medicación por vía oral**

Una situación frecuente que se nos puede plantear en la atención a estos pacientes es que presenten dificultades o imposibilidad para la deglución, por lo que debemos plantearnos alternativas a la vía oral para la administración del tratamiento. Como ya se ha referido anteriormente en la situación agónica esta alternativa es la vía subcutánea, mediante infusión continua (en un artículo de esta revista se revisa la utilización de la vía subcutánea).

La morfina para uso parenteral se comercializa en las siguientes presentaciones: Cl Mórfo amp 1%, (1 cc=10 mg), amp.2% (1cc= 20 mg).

La equivalencia de dosis de mor-

fina oral / subcutánea es del 50%, es decir un paciente en tratamiento con MST continus 60 mg/12 horas o Sevredol 20 mg/4 horas si decidimos pasar a vía subcutánea le corresponderían 60 mg de cloruro mórfo en 24 horas en infusión continua.

**4) La necesidad de pautar "dosis de rescate"**

Otra consideración importante respecto al tratamiento del dolor en la fase agónica es la necesidad de pautar dosis de rescate para el tratamiento de los episodios de dolor incidental (crisis de dolor relacionadas con una situación previsible como la movilización o en ocasiones no previsible).

Para estas situaciones utilizaremos morfina de liberación rápida oral (Sevredol) o parenteral por vía subcutánea, pautando recates con 1/6 de la dosis total de morfina que recibía el paciente durante las 24 horas. Ejemplo: ante un paciente en tratamiento con MST continus 60 mg/12 horas y que presenta episodios de dolor incidental le pautaríamos rescates con morfina de liberación rápida (Sevredol) a dosis de 20 mg. Los rescates se pueden pautar con intervalos entre ellos de una hora.

**5) El papel de nuevos opioides en la situación agónica (Fentanilo transdérmico)**

El fentanilo de liberación transdérmica (Durogesic) podía plantearse como una alternativa al tratamiento del dolor en la fase agónica en pacientes con dificultad para la deglución, sin embargo hay dos cir-

cunstancias que no lo hacen aconsejable. En primer lugar tiene un período de latencia en su inicio de acción (12-17 horas) y plantea inicialmente problemas en el ajuste de dosis, obligando a utilizar frecuentes rescates con morfina de liberación rápida. En segundo lugar en la fase agónica es habitual la utilización de diferentes fármacos (benzodiazepinas, neurolépticos etc.), la utilización de infusores para infusión continua subcutánea nos va a permitir la mezcla de estos fármacos en el mismo infusor por lo tanto consideraremos que la alternativa a la vía oral es la vía subcutánea.

**6 El papel de los coanalgésicos**

En la fase agónica en general se recomienda suspender el tratamiento con coanalgésicos (antidresivos, corticoides etc.)

**DISNEA:**

La disnea de los pacientes con cáncer en los últimos momentos de su vida es habitualmente de etiología multifactorial. El tratamiento plantea dificultades y en algunas series es la primera causa que hace necesaria la sedación para el control de la misma. Sin embargo aunque un control total seguramente va a ser un objetivo inalcanzable siempre va a ser posible conseguir con nuestras intervenciones un alivio.

Como en la mayoría de los síntomas descritos, en esta fase el tratamiento de la disnea será fundamentalmente sintomático. Sin embargo aunque la causa de la disnea estará



relacionada fundamentalmente con la propia enfermedad, no hay que olvidar que los pacientes pueden presentar cuadros disneicos no relacionados con la enfermedad tumoral: como son la insuficiencia cardiaca o cuadros de brocoespasticidad (asma, OCFA) que tendrán una buena respuesta al tratamiento específico: diuréticos o broncodilatadores.

**Medidas generales no farmacológicas:**

- Oxígeno (en casos sin hipoxemia puede ejercer un efecto placebo)
- Aire fresco, habitación bien ventilada
- Posición adecuada (incorporado en la cama)
- Ambiente tranquilo
- Compañía de los seres queridos y la presencia de los profesionales.

Estas dos últimas medidas actúan sobre el componente de ansiedad que siempre acompaña a la sensación de falta de aire.

**Tto farmacológico:**

- Morfina de liberación rápida (Sevedol c: 10, 20mg o Cloruro Mórfico amp)

La morfina actúa disminuyendo la sensación de falta de aire.

Dosis : Pacientes sin tratamiento previo con morfina: 5-10 mg/4h oral o dosis equivalente por vía subcutánea: 15-30 mg /24 h. En los pacientes que están en tratamiento previo con morfina incrementaremos la dosis en un 30 % respecto a la dosis previa.

- Benzodiacepinas:

Diacepam 5-20 mg vía oral, loracepam 0,5-1 mg vía sublingual, mida-

zolam 15-30 mg/24 h vía subcutánea.

El midazolam (Dormicum) es en la actualidad un fármaco de uso exclusivo hospitalario. Se puede conseguir a través de las UHD o de la farmacia del hospital. También se dispensa en farmacias teniendo que abonar el importe integro el paciente

Es importante pautar dosis de rescate que se realizaran según la pauta expuesta en el tratamiento del dolor.

**RESPIRACIÓN ESTERTOROSA**

La respiración estertorosa es un problema que se presenta frecuentemente en la fase agónica y provoca un gran impacto en las familias. Se origina por el acumulo de secreciones en las vías respiratorias, haciendo un ruido característico con las inspiraciones y espiraciones del paciente "estertores de la muerte".

Es fundamental la explicación a la familia el origen, "secreciones acumuladas en garganta", indicando que en pacientes en situación agónica muy avanzada el problema tal vez

es más importante para los que acompañamos al enfermo que para el mismo.

**Medidas generales:**

El enfermo deberá estar en una posición que facilite el drenaje de las secreciones, si esta consciente en posición incorporada en la cama y si esta en coma acostado, en decúbito lateral.

**Tratamiento farmacológico:**

Los fármacos pautados se utilizan por su efecto anticolinérgico, con la consiguiente disminución de secreciones.

Para conseguir el efecto terapéutico deseado es conveniente que el tratamiento farmacológico se inicie precozmente.

- Bromuro de butilescopolamina (Buscapina amp de 20 mg)

Las dosis recomendadas son de 20 mg cada 8h por vía subcutánea intermitente ó 60 mg/24h sbc en infusión continua.

- Escopolamina (amp 0,5 mg)

Fármaco de uso exclusivo hospitalario, por lo tanto no disponible en atención primaria, siendo las dosis de 0,5-1 mg cada 6-8h

**Tabla 4: CAUSAS DE SÍNDROME CONFUSIONAL**

- Incremento presión endocraneal
- Hipoxia
- Infecciones
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos etc.)
- Alteraciones metabólicas
- Alteraciones endocrinas
- Reacciones psicóticas
- Deficiencias vitamínicas
- Alteraciones hamatológicas
- Alteraciones de la eliminación (estreñimiento, retención urinaria)
- Depresión



### ESTADO CONFUSIONAL:

El síndrome confusional o delirio es un problema de gran prevalencia en los últimos días de vida, prevalencia que en algunas series provenientes de Unidades de Cuidados Paliativos llega hasta el 85 % de los pacientes

La etiología del mismo es multi-causal (tabla 4) por lo que el abordaje en esta fase de la enfermedad será sintomático.

El síndrome confusional agudo es uno de los problemas que pueden presentarse en los últimos días de vida que debido al impacto emocional que provoca en las familias presenta mayores dificultades en el manejo en el domicilio, por lo que es fundamental que una vez valorada la situación si se decide el tratamiento en el domicilio extrememos los mecanismos para actuar en caso de crisis.

Clínicamente se caracteriza por:

- alteración del nivel de conciencia
- alucinaciones visuales
- desorientación
- agitación.

#### Tratamiento específico

- Deberemos descartar dos causas reversibles que son fácilmente solucionables en el domicilio como son los fecalomas o la retención urinaria.

#### Medidas generales

- Es conveniente que el paciente se encuentre en un entorno adecuado, evitando cambios de habitación. Por las noches es útil mantener una luz encendida en la habitación para que el enfermo mantenga las referencias que le son familiares.

- También es importante que en

estos momentos los familiares, cuidadores mantengan la tranquilidad, que le hablen al paciente y que no pierdan el contacto físico.

#### Tto farmacológico:

*Neurolepticos*

- Haloperidol: amp: 5 mg, gotas: 10 gotas = 1mg.

Es de elección ante la presencia de alteraciones del sensorio (alucinaciones), toxicidad por opioides o alteraciones metabólicas.

Las dosis son: vía oral: 1,5-3 mg y repetir a la hora si no cede. Vía sbc: bolo inicial de 2,5-5mg e iniciar infusión continua de 5-10 mg/24h. Dosis máxima 30 mg/24h.

- Levomepromazina ( Sinogan amp 25 mg, gotas 1gota= 1mg)

Tiene una importante acción sedante. Provoca como efecto secundario cuadros de hipotensión. Se utiliza en casos aislados. Dosis: 25-50 mg/24 horas. Se puede administrar por vía subcutánea, pero puede provocar irritación local.

*Benzodiazepinas*

Tienen una acción sedante, por lo que están indicados ante cuadros confusionales asociados a agitación y ansiedad.

- Midazolam: (Dormicum amp: 15 mg, 3cc)

Dosis: bolo inicial de 5 mg y posterior infusión continua de 15-30 mg/24h por vía subcutánea.

- Lorazepam (Orfidal c: 1 mg)

Dosis: 0,5- 2 mg/6-8 horas. Se administra por vía oral o sublingual.

Dada la situación de los enfermos en general se recomienda la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos

Es importante recordar que los "asuntos pendientes" son una causa de agitación e intranquilidad por lo tanto no se debe caer en el error de sedar a un paciente que lo que necesita es hablar, expresar sus sentimientos.

#### NAUSEAS Y VÓMITOS:

Es poco frecuente que aparezcan como síntoma nuevo en la fase agónica. En este caso es evidente que la vía de administración de elección es la vía subcutánea.

#### Tto farmacológico:

- Haloperidol, (ampollas de 5 mg gotas 10 gotas = 1mg)

Es el antiemético de elección ante vómitos de causa central (alteraciones bioquímicas, toxicidad por fármacos) ya que actúa en los quimiorreceptores de la zona gatillo. Las dosis habituales son: 3-5 mg/24h.

- Metoclopramida (Primperan ampollas de 10 mg, 2 cc)

Es de elección ante vómitos de origen periférico (estasis gástrico) las dosis habituales son: 30-60 mg/24h. Ante ausencia de infusor para infusión continua subcutánea se puede administrar mediante palomilla subcutánea de manera intermitente, cada 4-6 horas.

#### CUIDADOS DE LA BOCA

Las molestias generadas en la boca de los pacientes en fase terminal son uno de los síntomas que generan mayor discomfort en éstos y que sin embargo no siempre son valorados adecuadamente por los profesionales.

En esta fase de la enfermedad es importante seguir con los cuidados recomendados durante todo el período terminal, pero adaptándolos a la situación del paciente.

Mientras el paciente pueda tragar es importante seguir con la ingesta frecuente de líquidos a pequeños sorbos (manzanilla con limón, agua, cubitos de hielo).

Es también necesaria una correcta higiene dental, para ello se utilizarán cepillos dentales suaves después de cada ingesta (al menos dos veces al día).

Existen diversas soluciones para realizar enjuagues mientras el estado del paciente lo permita siendo recomendable que éstos se realicen de una manera pautada Ej.: cada 1-2 horas.

Solución desbridante: 3/4 partes de suero fisiológico +1/4 parte de agua oxigenada.

Solución antiséptica: Clorhexidina, (Perio-Aid), Hexetidina (Oraldine)

Solución anestésica: Lidocaina al 1% en glicerina.

Cuando la situación del paciente impida la colaboración en el cuidado es importante seguir utilizando medidas sencillas pero útiles. Mediante una jeringa administraremos pequeñas cantidades en cavidad bucal.

En fases más avanzadas humedeceremos los labios con gasas empapadas en agua. Es importante estimular a la familia a que realice esta actividad pues aparte del alivio sintomático de la sensación de seque-

dad, hace a la familia sentirse útil favoreciendo el contacto físico paciente-familia

### **CUIDADOS DE LA PIEL**

En esta fase los cambios posturales para la prevención de úlceras por presión ya nos son un objetivo terapéutico, por lo tanto dejaremos que el enfermo esté en la posición más cómoda para él.

Igualmente las curas de las posibles úlceras tendrán como objetivo la comodidad del paciente (evitar malos olores, dolor etc.), no estando indicadas medidas terapéuticas agresivas (desbridamientos). En caso de infección por anaerobios es útil el Metronidazol en forma de gel (Rozex)

### **EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS:**

Como ha se ha comentado la situación agónica es subsidiaria de ser considerada en si misma una "urgencia" en atención primaria, pero en la misma se pueden producir situaciones en las que la respuesta de los profesionales debe ser inmediata (minutos). Evidentemente esto plantea problemas en el contexto actual de la atención primaria. No obstante no son situaciones habituales y es importante identificar a los pacientes de riesgo para establecer los mecanismos organizativos y estructurales en los EAP para dar respuesta a estas emergencias.

### **HEMORRAGIA MASIVA:**

Se presenta en forma de hemopti-

sis, hemorragias digestivas masivas o también por erosión arterial en los tumores de cabeza y cuello.

Se produce una pérdida aguda de un importante volumen de sangre por lo que dada la situación previa del paciente el fallecimiento se va a producir en poco tiempo.

La atención a esta situación en el domicilio del paciente plantea dificultades, dado el importante impacto emocional que va a provocar en el paciente y su familia.

Una primera decisión a tomar es si se decide continuar la atención del paciente hasta el fallecimiento en su domicilio o si se decide el traslado a hospital. Aunque no se pueden dar normas estándar y es fundamental valorar cada situación, el traslado al hospital de un paciente en estas condiciones le va a provocar un gran disconfort y es posible que el fallecimiento se produzca en el transcurso del mismo. En general parece más adecuado atender al paciente en el propio domicilio, hasta que se produzca el fallecimiento.

Si se decide la atención en el domicilio nos encontraremos ante una situación muy estresante para el paciente y la familia en la que la muerte va a acontecer precozmente, por lo que es fundamental el soporte al paciente y a la familia.

### **Medidas generales**

Es fundamental nuestra presencia, la presencia de un profesional al lado del enfermo y la familia en los momentos de crisis es una ayuda fundamental, proporciona la familia seguridad respecto a que se ha hecho todo lo que se debía hacer.



Se recomienda que para contener o limpiar la sangre de la hemorragia se utilicen toallas o paños oscuros (marrones, verdes) de esta manera disminuye el impacto de la sangre.

**Tto farmacológico:**

El objetivo que nos debemos plantear es sedar al paciente para evitar sufrimientos innecesarios.

– Midazolam: 20-30 mg sbc en bolo repitiendo si es necesario y Cl mórfoico 10 mg en bolo.

**CONVULSIONES:**

Respecto al paciente debemos considerar dos situaciones.

**Prevención de crisis:**

En pacientes con tratamiento anticomicial específico y que presenten imposibilidad de tragar correctamente la medicación

– Midazolam 15- 30 mg/24h en infusión continua ( de elección)

– Diazepam rectal 10 mg /día .

Tratamiento de las crisis:

– Midazolam 10 mg en bolo sbc

repitiendo cada hora hasta fin de crisis.

– Diazepam 10 mg rectal

**ESTRIDOR AGUDO SEVERO**

Se produce por hemorragia tumoral que provoca compresión traqueal.

**Tratamiento:**

– Midazolam (Dormicum ampollas de 15 mg, 3cc)

Dosis: 20-30 g sbc en bolo, hasta la sedación.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Adam J. ABC of palliative care. The last 48 hours. *BMJ* 2000;315:1600-3.
2. Benitez M.A; Llamazares A; García G, et al. Recomendaciones semFYC. Cuidados Paliativos. 1ª ed. Barcelona: semFYC; 1998.
3. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patient with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995;10(2):131-41.
4. Cherny N, Portenoy R. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-8.
5. Conill C Verger E, Henriquez Y, Saiz N, Espier M, Lugo F. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997;14(6):328-31.
6. De Conno F, Saita L, Ripamonti C, Ventafridda V. On the "last days of life". *J Palliat Care* 1993;9(3):47-9.
7. Downing G, Braitwate D, Wilde J. Global exchange. A new palliative care model for the 1990s. *J Palliat Care* 1993;9(4):26-32.
8. Doyle D; Hanks G; MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. 2ª ed. Oxford: Oxford University press; 1998.
9. Fainsinger R, Bruera E. The management of dehydration in terminally ill patients. *J Palliat Care* 1994;10(3):55-9.
10. Fainsinger R, Miller M, Bruera E. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991;7(1):5-11.
11. Gomez-Batiste X; Planas J; Roca J, et al. Cuidados paliativos en oncología. 1ª ed. Barcelona: IIMS; 1996.
12. Hanks G, De Conno F, Ripamonti C, Ventafridda V, Hanna MMcquay H J, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Roca J, Sawe J, et al. Morfina en el dolor canceroso: formas de administración. *Med Pal* 1997;4(4):149-59.
13. O'Neill B RA. ABC of palliative care, Care in the community. *BMJ* 1998;316:373-7.
14. Ojeda M, Navarro M A, Gomez M. Sedación y enfermo oncológico terminal. *Medicina Paliativa* 1997;4(3):101-8.
15. Porta J, Palomar C, Ramirez M, Naudi C, Simón C, Juvero M, Alfonso V, Colell R. La situación agónica: consideraciones sobre su manejo. *Medicina Paliativa* 2000;1(2):15-25.
16. Regnard C; Tempest S; Arias M, et al. Guía del control sintomático en el cáncer avanzado. 2ª ed. Madrid: Dáiz de Santos; 1998.
17. Ripamonti C, Bruera E. Dyspnea: Pathophysiology and Assessment. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(4):220-31.
18. Sanz J. La sociedad, la medicina y la muerte. *Med Clin (Barc)* 1990;95(11):419-20.
19. Singer P, Martin D, Kelner M. Quality end-of-life care. Patients' perspectives. *JAMA* 1999;281(2):163-8.
20. Thorpe G. Enabling more dying people to remain at home. *BMJ* 1993;307:915-8.
21. Turner K, Cyye R, Aggarwal G, Philip J, Skeels A, Lickiss J. Dignity in dying: a preliminary study of patients in the last three days of life. *J Palliat Care* 1996;12(2):7-13.
22. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M. Symptom prevalence and control during cancer patients' last day of life. *J Palliat Care* 1990;6(3):7-11.
23. WHO. Cancer pain relief. 2ª ed. Ginebra: 1996.
24. WHO. Symptom relief in terminal illness. 1ª ed. 1998.



# LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER EN FASE TERMINAL EN SUS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA (II): APOYO EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN

Ramón Castejón Bolea; Pepa Alemany Agullo, José Javier Blanquer Gregori;  
Ana Isabel Jiménez Manso; Esther Ferrandis Guillem

Grupo Atención Domiciliaria SVMFIC

Junto al control de síntomas y la resolución de problemas concretos, el apoyo emocional y las habilidades de comunicación con el paciente y la familia son instrumentos básicos en la atención a los pacientes en sus últimos días de vida.

En primer lugar se describen una serie de recomendaciones ante situaciones concretas que se pueden plantear en la actividad asistencial.

## **A) Pautas y recomendaciones para afrontar las dudas y consultas que es frecuente que aparezcan en los últimos días:**

### **1.- Dudas entre los familiares:**

Los diferentes miembros de la familia no se ponen de acuerdo con que actitud tomar: *¡yo creo que lo mejor es ...!*

El protagonista de la situación es "el paciente"; debemos respetar sus deseos, permitir que los exprese: tener una actitud de escucha y hacerle partícipe de sus atenciones, cuidados y decisiones.

El cuidador principal debería ser nuestro interlocutor, deberemos reforzar su figura, apoyando sus

planteamientos y facilitándole el expresar las dudas y problemas que le preocupen, ofreciéndole el apoyo, ayuda e información que este en nuestra mano.

**2.- Desconocimiento y miedo ante las posibles situaciones de urgencia/emergencia que se puedan producir:** *¿pero si tiene más dolor que hacemos?; ¿si pasa algo nos vamos directamente al hospital?*

Debemos valorar individualmente cada caso, adelantándonos a estas situaciones.

Informar de la situación real del paciente y de las posibles situaciones complejas que puedan producirse, siempre referidas como una posibilidad, y evitando crear más angustia o desasosiego familiar, planteándolas como situaciones que van a solucionarse con la participación de todos y su conocimiento adecuado.

Valorar el adiestrar a la familia ante situaciones bien definidas, y ofrecer soporte sanitario ante situaciones complejas (disponibilidad). El familiar puede identificar síntomas de alarma, debe saber colocarlos en su justa medida, y conocer la actitud y/o significado de los

mismos en cuanto a qué hacer o a quién llamar y cómo. Esto debe ir garantizado, con una adecuada y segura disponibilidad del personal médico, enfermería y trabajador social del equipo.

### **3.- Dudas sobre el pronóstico y situación actual del paciente:**

*¿Cuánto va a durar así?, desde hace unos días no está bien ¿Qué le pasa?*

Informar a los familiares en qué fase de la enfermedad creemos que nos encontramos, así como nuestra actitud terapéutica a seguir. En la situación agónica se recomienda informar de que la situación es grave y que la muerte tendrá lugar en pocas horas. Esto permitirá avisar a los familiares, prepararse para la inminencia de la muerte. El conocimiento de la fase y situación clínica del paciente, va a permitir que las medidas encaminadas para su tratamiento paliativo se orienten más adecuadamente tanto por el familiar como por el propio paciente.

### **4.- Claudicación familiar, y dudas sobre las medidas realizadas:**

*¡No puedo más!, ¿Usted no cree que en el hospital estaría mejor atendido?; ¿No sería mejor que le pusiéramos un gotero o una sonda?*



La actitud de la familia y el propio paciente ante una nueva situación, o ante empeoramiento o ausencia de mejoría de una situación conocida, pueden condicionar diferentes respuestas que deben conocerse: a) actitud de negación; b) actitud de derrota.

Estas respuestas anómalas, pueden evitarse, moderarse o reorientarse con una adecuada relación en la entrevista, dando tiempo a la misma, dejando hablar y evitando las prisas.

Se debe informar y hacer participe al familiar y al paciente de todas nuestras decisiones terapéuticas y planes de cuidados, así como dar la seguridad de que están en buenas manos (desde luego ésto no basta con decirlo, es necesario que nos preparemos y formemos para este fin).

Es requisito fundamental el valorar cada situación de forma individualizada, informando de la misma (muerte previsible en pocas horas) indagando las causas de la claudicación familiar o personal (sobrecarga de meses, miedo a la muerte en casa, ...).

No culpabilizar a las familias, en toda situación o actitud a tomar son parte fundamental en la misma. Tanto si ingresan en el hospital, como si no responde a determinada medicación, como si no se sabe cómo responder ante determinada situación, la familia siempre puede prestar su apoyo, cuidado a su ser querido y así hemos de reconocérselo.

- Derivación al hospital: Se debe plantear adecuadamente la

situación en la que se encuentra, las necesidades que tiene actualmente el paciente y cómo responder adecuadamente a éstas desde el ambiente familiar.

- Medicación perfusión endovenosa: Hay otras medidas de cuidados que son más eficaces y reportan muchos más beneficios para el paciente. Es importante que abordemos el tema de la nutrición, aporte de líquidos y cuidados.
- Sondajes para la alimentación: Abordar el tema de la nutrición y aporte de líquidos " *su esposo no se encuentra mal por no comer, no come porque en la situación en la que se encuentra los pacientes no tienen apetito*".

#### 5.- Cuidados y atenciones al paciente: *¿Qué puedo hacer...?*

Potenciar el papel del cuidador, proponer actividades concretas: cuidados de la boca, cuidados de la piel, apoyo afectivo, contacto físico con el paciente, etc....

Incluir al cuidador en nuestro plan de cuidados, así como reconocer la labor realizada, y la importancia que ha tenido en el cuidado.

Se debe abordar con la familia el tema de la ingesta, hidratación y hábito de defecación. Esto crea desasosiego y ansiedad en el paciente y en el familiar, por lo que debemos informar de que las necesidades actuales han disminuido, el gasto energético es mínimo y que no existen las necesidades de nutrición e hidratación que en circunstancias normales, siendo normal

que el ritmo intestinal se enlentezca. Por tanto deben plantearse unas medidas adecuadas de alimentación, cuidados de la boca, hidratación y hábito rectal para evitar otros problemas como los fecalomas; en ocasiones si la circunstancias familiares así lo requiere puede plantearse placebos.

#### 6.- Dudas en el último momento: *¿Cómo será la muerte?, ¿tendrá dolor?, ¿Cómo sabré si ha fallecido?...*

Debemos informar que en la mayoría se los casos la muerte acontece poco a poco sin sufrimiento. Ante situaciones que asocien sufrimiento: disnea, estertores, estado confusional, dolor, etc., siempre ofrecer disponibilidad para su atención urgente (prevención de crisis), instaurando las medidas farmacológicas y no farmacológicas que se precisen.

Se debe informar al cuidador de cómo identificar los signos de muerte, así como recordar que puede hacer los preparativos que considere necesarios para esta situación: ayuda espiritual, avisar familiares, funerarias, etc..

Es fundamental prever la situación de duelo en el familiar y plantear ya una primera visita de control.

#### **B) En el siguiente apartado se revisan una serie de recomendaciones, fundamentalmente prácticas, en la actuación de los profesionales que atienden a los pacientes.**

##### **1. Recomendaciones específicas frente al paciente:**

No dejar de visitarlo hasta el último momento.

Promover la atención que asegure el máximo bienestar y calidad de vida (analgésica eficaz, otras medicaciones, higiene adecuada, movilización, contener la inquietud y la depresión del paciente y de la familia, etc.).

Explorar cuidadosamente qué sabe de la naturaleza de su enfermedad.

Abordar y atender, facilitando su manifestación, los temores del paciente: miedo al dolor, a la soledad y a que su vida carezca de sentido.

Valorar la posible de elementos estresantes o cambios cuyas repercusiones puedan superponerse a la situación de duelo actual, con el fin de prevenir posibles efectos desfavorables y/o crisis, tanto en el paciente como también en el grupo familiar.

Adecuar el tratamiento farmacológico prescindiendo de los fármacos que no tengan una utilidad inmediata, siendo la vía de administración ideal la oral.

El enfermo, aunque obnubilado, somnoliento o desorientado, también tiene percepciones, por lo que hemos de hablar con él y preguntarle sobre su confort o problemas. Se debe cuidar mucho la comunicación no verbal (tacto) dando instrucciones a la familia en este sentido.

## 2. Recomendaciones específicas de cara a la familia:

Valorar el nivel de conocimientos que tiene la familia sobre el diagnóstico y los sentimientos de ésta

asociados a la pérdida de un ser querido, así como de qué forma éstos influyen sobre el paciente.

Considerar el nivel de funcionamiento familiar y el impacto positivo o negativo de esta dinámica familiar sobre el paciente.

Observar la relación que la familia establece con el equipo de Atención Primaria y las demandas explícitas o implícitas que realiza.

Se deben establecer una serie de atenciones o cuidados generales: instrucciones sobre como atender al paciente encamado, cambios posturales, cómo cambiar la ropa de la cama, cuidados de la boca y piel, protección de úlceras.

Deben darse instrucciones concretas (fármacos a administrar, consulta telefónica, etc.) ante las distintas situaciones previsibles.

No siempre es posible estar presente en el momento de la muerte, por lo que debemos dar consejos prácticos sobre cómo reconocer que ha muerto, cómo contactar con la funeraria, traslados y costes, etc. Es conveniente que estos trámites queden claros y no postponerlos para el doloroso momento de la muerte.

Interesarse por las necesidades espirituales del enfermo y su familia por si podemos facilitarlas (contactar con un sacerdote, etc.).

Es aconsejable volver al domicilio al cabo de unos días para saludar y contactar con la familia

y coordinar la atención al duelo familiar.

## 3. Recomendaciones específicas para el tratamiento:

Instaurar medidas de control de los síntomas.

Mostrar disponibilidad (sentarse en un lugar tranquilo, sin prisas).

Revisar los últimos acontecimientos, esclarecer dudas sobre la evolución y el tratamiento.

Volver a recordar los objetivos terapéuticos.

Dar sugerencias sobre cómo comunicarse y "estar" con el enfermo.

## 4. Recomendaciones específicas de cara al equipo asistencial:

Es conveniente que los profesionales realicen un ejercicio de reflexión sobre la atención que se presta al paciente terminal y a su familia, valorando los sentimientos que generan la muerte y su proceso, tanto en el propio profesional como en el conjunto del equipo.

### C) Comunicación:

#### 1. Recomendaciones específicas para la entrevista:

Como se ha comentado anteriormente, junto al control de los síntomas y la resolución de problemas concretos, el apoyo emocional y la comunicación son instrumentos básicos de la terapéutica. Los principios básicos para la información y comunicación eficaces son :

Medidas verbales (¿cuáles son las cosas que más le preocupan?) siempre con lenguaje inteligible, no verbales (sentarse cerca, mirar a los ojos, no tener prisa, expresar afecto), en espacios (habitación) y tiempos que permitan instaurar un clima adecuado de relación y comunicación.

Asumir la información y la comunicación como un proceso multidireccional.

El compromiso del apoyo, la disponibilidad.

Se trata de tender puentes de comunicación.

Tener en cuenta los aspectos relacionados con el duelo y las pérdidas.

Mantener un contacto directo con el paciente.

Realizar al menos una entrevista familiar.

Entrevistas siempre basadas en la negociación, prudencia y respeto.

Estar atento a las señales de alerta del duelo patológico.

Si el paciente menciona cosas concretas de la realidad externa (problemas de herencias, tierras, pensiones, legados, etc.), vale la pena atenderlas y no disociarlas o dejarlas de lado. Evidentemente, es una forma de acercarse a la realidad de su situación y de intentar afrontarla o elaborarla.

## 2. Recomendaciones específicas para dar las malas noticias:

El paciente tiene derecho moral y ético a conocer su enfermedad, y su decisión de querer saberla debería ser la razón principal que nos determine a dar o no la mala noticia.

Decirlo cuando se cumplen al menos tres de los siguientes criterios: a) El paciente lo pide reiteradamente; con argumentos consistentes y razonados; b) En pacientes no muy vulnerables desde el punto de vista psicopatológico; c) Existan necesidades reales de

"arreglar" o reparar asuntos concretos: herencias complejas, asuntos legales, relaciones interrumpidas, transmisiones, etc.; d) Cuando el médico conocía el deseo previo del paciente y valora que actualmente es el mismo y se cumplen otros criterios anteriores.

Es importante preparar la mala noticia siendo primordial la elección del sitio y del momento y personas adecuadas.

La elección de las palabras puede ser fundamental a la hora de dar las malas noticias debido a su capacidad de generar imágenes más o menos dramáticas en el paciente o sus familiares.

La estrategia de Buckman para la comunicación de malas noticias se compone de 6 etapas: a) Preparar la mala noticia; b) Saber qué sabe o sospecha; c) Saber qué quiere saber; d) Aportar información; e) Asumir reacciones y, f) Preparar un plan de cuidados y seguimiento.

Otros autores como Borrell han propuesto el siguiente decálogo para la información de malas noticias:

- Prepare la entrevista.
- Procure disponer de un entorno íntimo y de tiempo suficiente.
- Preséntese al paciente o familiares, clarifique el motivo de la entrevista. Averigüe lo que el enfermo sabe o sospecha.
- Escoja la combinación de estrategias (aclimatación, notificación, acomodación) usando palabras neutras y cercionándose

de que el paciente asimila la información.

– Esté muy atento a las necesidades del paciente, sin presuponerlas. Clarifíquelas y escuche con atención. Procure intuir cuánta información desea y su grado de asimilación.

– No proporcione falsas seguridades ni palabras de relleno. Aguante el silencio en actitud empática y respete los tiempos necesarios para asimilar el impacto emocional de las noticias. No está obligado a tener soluciones mágicas.

– Sepa mirar con calidez pero con seguridad.

– No pierda la serenidad, pues ésta contagia la ansiedad del paciente y la atenúa.

– Ofrezca otra entrevista y otras fuentes de ayuda.

– Finalizada la entrevista hágase un chequeo, ponga en marcha los mecanismos para estabilizar sus emociones sin olvidar que en eso consiste la profesionalidad

## D) Claudicación familiar:

Las causas más frecuentes de la claudicación emocional y descompensación de la familia por desajustes de la adaptación son:

1. Síntomas mal controlados o aparición de nuevos (especialmente el dolor, disnea, hemorragia y vómitos).
2. Sentimientos de pérdida, miedos, temores o incertidumbre.
3. Depresión, ansiedad, soledad.
4. Dudas sobre el tratamiento previo o la evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Adam J.** The last 48 hours. *BMJ* 1997; 315: 1600-3.
2. **Borrell F, Prados JA.** Comunicar malas noticias. Cuadernos para el equipo de Atención Primaria. *Barcelona, Italfármaco, Doyma*, 1995.
3. **Colegio de médicos norteamericano.** Guía para el cuidado a domicilio del paciente con cáncer terminal. 1ª ed. 1997
4. **Gómez Sancho, M.** Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. *Las Palmas de Gran Canaria, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS)*, 1994.
5. **Porta J, Palomar C, Ramírez M, Naudi C, Simón C, Juvero M, Alfonso V, Colell R.** La situación agónica: consideraciones sobre su manejo. *Medicina Paliativa* 1994; 1(2): 15-25.
6. **Roca Casa J, Ledesma Castellfort A, Espauella Panicot J.** Cuidados paliativos en atención primaria de salud. *FMC* 1994; 1: 88-103.
7. **Sanz J.** La sociedad, la medicina y la muerte. *Med Clin.*, 1990; 95: 419-420.
8. **Thorpe G.** Enabling more dying to remain at home. *BMJ* 1993; 307: 915-918.

# VÍAS ALTERNATIVAS A LA VÍA ORAL EN CUIDADOS PALIATIVOS. LA VÍA SUBCUTÁNEA

Lorenzo Pascual López;; Rosario González Candelas; Ana Ballester Donet; M.<sup>a</sup> Luisa Altarriba Cano; M.<sup>a</sup> Victoria Zarate de Manuel, Amparo García Royo

Grupo Atención Domiciliaria SVMFiC

La vía de administración de fármacos de elección en cuidados paliativos es la vía oral. La mayoría de pacientes oncológicos en fase terminal conservan esta vía hasta días antes del fallecimiento y por lo tanto no es necesario plantearse alternativas a la misma.

Sin embargo en determinadas circunstancias no hay posibilidad de administrar la medicación a través de la vía oral, necesitando en esas situaciones alternativas a dicha vía. Se puede afirmar que en la actualidad dicha alternativa es la utilización de la vía subcutánea.

La vía subcutánea para la administración de fármacos se puede utilizar de dos maneras: continua o intermitente. La infusión subcutánea intermitente consiste en la colocación de una palomilla en tejido celular subcutáneo, administrando periódicamente los fármacos a través de la misma. La otra forma, que es la de elección, es la infusión continua subcutánea (ICSBC) que consiste en la utilización de un dispositivo que libera de manera continua la medicación (la descripción de la técnica se describe al final).

Existen otras posibles vías de administración de fármacos en el domicilio del paciente. La vía intravenosa no se recomienda por las dificultades técnicas, la restricción de la movilidad que ocasiona al paciente y la poca aceptación familiar. La vía intramuscular es dolorosa y provoca incomodidades al enfermo.

La vía rectal es una alternativa válida a la vía oral. Dado que en nuestro país no están comercializados los supositorios de morfina, se han utilizado los comprimidos de morfina retardada introducidos en recto, administrados cada 12 horas. Aunque es una práctica utilizada ocasionalmente en nuestro medio y puede ser una solución de emergencia en el domicilio ante la imposibilidad de utilizar la vía subcutánea, el consenso europeo de utilización de morfina no recomienda su uso habitual. La vía transdérmica también es una alternativa a la oral pero únicamente para la administración de analgésicos (Fentanilo).

La vía sublingual no se recomienda para la administración de morfina dado que su absorción por esta vía es escasa.

## CARACTERÍSTICAS DE LA INFUSIÓN CONTINUA SUBCUTÁNEA

Las características que definen la ICSBC son:

### 1) Eficacia:

La experiencia clínica demuestra la eficacia en el control de síntomas de esta forma de administración de fármacos. Los niveles de morfina obtenidos con infusión continua subcutánea son comparables a los obtenidos con infusión intravenosa, incluso en pacientes hipotensos.

La gran ventaja que aporta la ICSBC es la posibilidad de asociar diversos fármacos en el mismo infusor, por lo que podemos actuar sobre diferentes síntomas

### 2) Sencillez técnica:

Técnicamente no presenta ninguna complicación ni su aprendizaje ni su utilización.

### 3) Seguridad

No existen riesgos con su utilización, las posibles complicaciones si se presentan son de tipo local, siendo además fácilmente solucionables.

### 4) Aceptabilidad buena por pacientes y familias.

Los estudios que analizan la aceptación por pacientes y familias



demonstran que ésta es alta. En un estudio por Bruera el 94 % de los pacientes prefirieron la ICSBC al tto analgésico previo.

### 5) Eficiencia

La utilización de la vía subcutánea va a permitir que los pacientes permanezcan en su domicilio con un adecuado control de síntomas. Problemas de difícil control en domicilio: oclusión intestinal no quirúrgica, dolor resistente, estados confusionales, mediante la ICSBC, pueden ser controlados adecuadamente.

Los dispositivos para la ICSBC pueden ser de varios tipos, de tipo electrónico que funcionan con baterías y son relativamente complejos en su manejo y otros, que son los más utilizados en nuestro medio, que son desechables (tipo Travenol). Los estudios que comparan ambos en términos eficiencia seleccionan los segundos para su utilización en domicilio.

## INDICACIONES DE LA INFUSIÓN CONTINUA SUBCUTÁNEA

Las indicaciones de utilización de la ICSBC se podían resumir en una: cualquier circunstancia que impida la toma de medicación por vía oral.

Las indicaciones por lo tanto son:

- Náuseas y vómitos
- Oclusiones intestinales no quirúrgicas
- Convulsiones
- Estados confusionales
- Disfagia
- Atención a la agonía (últimos días).

- Dolores resistentes a morfina vía oral

Esta última indicación se justifica porque en algunos pacientes en los que se evidencia una escasa respuesta a la morfina oral, presentan sin embargo una adecuada respuesta a morfina por vía subcutánea. Por ello se habla de la vía subcutánea como el 4º escalón de la escalera analgésica de la OMS

## CONTRAINDICACIONES DE UTILIZACIÓN DE LA INFUSIÓN SUBCUTÁNEA

Presencia de:

- Edema generalizado (anasarca)
- Circulación periférica muy disminuida (shock)
- Coagulopatías
- Infecciones de repetición en el punto de inserción.

Aunque estas contraindicaciones deben ser consideradas en la práctica asistencial se presentan raramente, por lo que rara vez existe contraindicación para la ICSBC.

## TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN

### 1) INFUSIÓN SUBCUTÁNEA INTERMITENTE

Como ya se ha dicho, la forma de elección para la administración de fármacos por vía subcutánea es la infusión continua. No obstante en aquellas situaciones en las que no dispongamos de infusores, utilizaremos la infusión intermitente.

El único material necesario es

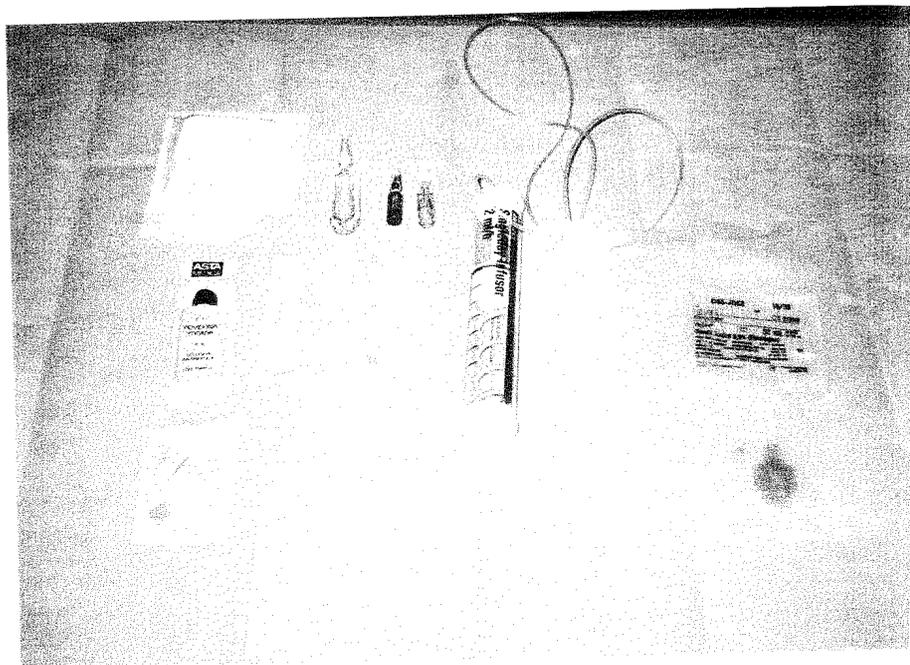
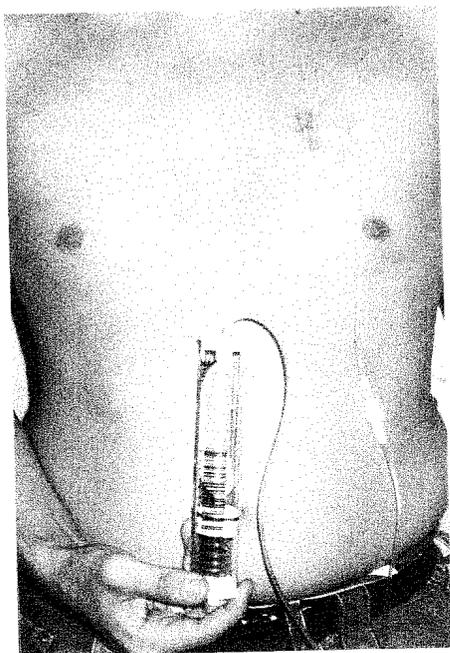
una palomilla de tamaño 23 G<sup>14</sup> y una jeringa de 10 ml, administrando la medicación a través de la alargadera de la palomilla con la frecuencia que determine la biodisponibilidad del fármaco. Ej. Cloruro Mórfico cada 4 horas. El punto de inserción de la palomilla se recubrirá con un apósito transparente para visualizar precozmente las reacciones locales.

Las razones por las que no se recomienda utilizar habitualmente la infusión intermitente son: efecto bolo (niveles altos iniciales con posibles efectos secundarios y bajos antes de la dosis siguiente con posibilidad de reaparición de los síntomas), problemas locales y necesidad de personal sanitario para la administración de los fármacos.

### 2) INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTINUA

Para su utilización necesitamos de un dispositivo (infusor) que va liberando la medicación de manera constante en un período determinado.

Aunque existen diversos tipos de infusores, con diversos grados de complejidad técnica en su utilización, mientras los enfermos permanecen en el domicilio él más indicado por su sencillez técnica es el infusor de tipo Travenol. Consiste en un cilindro de plástico en cuyo interior hay un reservorio de un material elástico que se hincha al introducir la medicación. La



retracción de este globo va liberando de manera continua el fármaco en tejido celular subcutáneo.

En función de la velocidad de retracción del reservorio existen infusores con duración variable, los mas utilizados son los de 24 horas y 48 horas (ritmo de infusión 2 ml/h). También disponemos de infusores de mayor duración , 5 días (ritmo de infusión 0,5 ml/hora). Estos últimos estarían indicados en pacientes muy estables, en los que no es previsible que necesitemos hacer cambios en la medicación prescrita.

El material necesario para la infusión continua es el siguiente (Foto 1):

- Infusor (24 h, 48 h, 5 días)
- Jeringa de 60 ml de cono luer-lock
- Palomilla calibre 23 G
- Jeringa 10 ml

- Suero fisiológico
- Apósito transparente
- Medicación

## PROCEDIMIENTOS (Foto 2)

- 1) Cargar la medicación en la jeringa de 60 ml, completando hasta 50 cc con suero fisiológico.
- 2) Conectar la jeringa de 50 cc al infusor.. Al presionar firmemente el embolo de la jeringa se hinchará el globo de látex.
- 3) Purgar la palomilla con suero fisiológico
- 4) Desinfectar el punto de inserción con povidona yodada e introducir la palomilla en tejido celular subcutáneo.

Si el paciente esta encamado se recomienda generalmente que el

punto de inserción se localice en zona infraclavicular. Aunque cualquier punto cómodo para el paciente es válido.

- 5) Fijar la palomilla a piel con apósito transparente
- 6) Conectar la alargadera de palomilla al infusor.

## CUIDADOS

Los cuidados se dirigirán fundamentalmente a observar la presencia de complicaciones locales se presentan con una frecuencia baja (eritema, endurecimiento local) y salida accidental de la aguja. En ausencia de complicaciones locales se recomienda cambio del punto de inserción cada 5-7 días. Los infusores deben rellenarse varias veces si la duración media de cada infusión es de 4-5 días.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Azulay A, Hortelano E, Visconti J.V.** Tratamiento paliativo del paciente neoplásico en estado agónico mediante infusión continua de fármacos. *Medicina Paliativa* 1998;5(3):131-5.
2. **Bleasel M, Peterson G.** Plasma concentrations of midazolam during continuous subcutaneous administration in palliative care. *Palliat Medicine* 1994;8:231-8.
3. **Bruera E, Brenneis C, Michaud M, Bacovsky R, Chadwick S, Emeno A, MacDonald N.** Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. *Cancer* 1988;62:407-11.
4. **Bruera E, Fainsinger R, Spachinski K, Babul N, Harsanyi Z, Darke A.** Clinical efficacy and safety of a novel controlled-release morphine suppository and subcutaneous morphine in cancer pain: a randomized evaluation. *J Clin Oncol* 1995;13(6):1520-7.
5. **Bruera E, Seifert L, Watanabe S, Babul N, Darke A, Harsanyi Z, Suárez-Almanzor M.** Chronic nausea in advanced cancer patients: a retrospective assessment of a metoclopramide-based antiemetic regimen. *J Pain Symptom Manage* 1996;11(3):147-53.
6. **Fainsinger R, MacEachern T, Miller M, Bruera E, Spachinski K, Kuehn N, Hanson J.** The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1994;9(5):298-302.
7. **Fernández R, Amo M.** Utilidad de la vía subcutánea en atención domiciliaria como estrategia de atención integral al paciente terminal. *FMC* 1998;5(9):614-20.
8. **Lamelo F, San Martín J, Vila M, Aldamiz-Echevarria B, Rodríguez A.** La administración subcutánea de medicamentos en cuidados paliativos. *Med Integ* 1996;27(9):383-6.
9. **Lichter I, Hunt E.** Drug combinations in syringe drivers. *NZ Med J* 1995;108:224-6.
10. **Llimós A, SMPY-CEFM.** Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2000;6(3):121-7.
11. **Myers K, Trotman I.** Use of ketorolac by continuous infusion for the control of cancer-related pain. *Postgrad Med J* 1994;70:359-62.
12. **Nelson C, Glare P, Walsh D, Groh E.** A prospective, within-patient crossover study of continuous intravenous and subcutaneous morphine for chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(5):262-7.
13. **Ramani S, Karnad A.** Log-term subcutaneous infusion of midazolam for refractory delirium in terminal breast cancer. *Southern Medical Journal* 1996;89(11):1101-3.
14. **Storey P, Hill H, St Louis R, Tarver E.** Subcutaneous infusions for control of cancer symptoms. *J Pain Symptom Manage* 1990;5(1):33-41.
15. **Ventafridda V, Spoldi E, Caraceni A, Tamburini M, De Conno F.** The importance of continuous subcutaneous morphine administration for cancer pain control. *The pain clinic* 1986;1(1):47-55.
16. **Zachisson U, Furst C.** Drug infusers in palliative medicine: a Swedish inquiry. *J Pain Symptom Manage* 1998;15(5):299-304.

**Tabla I: FÁRMACOS A UTILIZAR POR VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

FÁRMACOS INDICADOS	FÁRMACOS CONTRAINDICADOS
Cloruro mórfico	Clorpromazina
Tramadol	Diacepam
Haloperidol	
Levomepromazina	
Metoclopramida	
Midazolam	
Bromuro de butil escopolamina	
Dexametasona	
Suero fisiológico	



**Tabla 2: PRESENTACIONES, DOSIS E INDICACIONES**

**CLORURO MÓRFICO**

*Presentación:* ampollas de 1cc al 1% (1cc=10 mg) y de 1 y 2 cc al 2 % (1cc=20 mg).

*Indicaciones:* Dolor, disnea

*Dosis:* Pacientes sin tratamiento previo con morfina oral prescribiremos una dosis inicial de 10-30 mg/24 horas.

Pacientes que ya están en tratamiento con morfina oral, como la equivalencia de morfina oral/subcutánea es 2/1, prescribiremos la mitad de la dosis total. Ejemplo: un paciente en tratamiento con morfina retardada 60 mg/12 horas, le corresponderían por vía subcutánea 60 mg/24 horas. En ausencia de infusor dividiremos la dosis total calculada por 6, administrando estas dosis cada 4 horas a través de palomilla.

**KETOROLACO** (Droal, Tonum, Toradol)

*Presentación:* ampollas de 10 y de 30 mg .

*Características:* Es el único AINE con buena tolerancia local y por tanto administrable por vía sbc.

*Indicaciones:* dolores somáticos (metástasis óseas) siendo también es útil su utilización como antitérmico.

*Dosis:* 60-90 mg cada 24 horas, llegando a 120 mg/24h. Si se administra de forma intermitente se pautará cada 8 horas.

**TRAMADOL** (Adolonta, Tralgiol, Tramadol EFG)

*Presentación:* ampollas 100 mg en 2 cc

*Indicaciones:* Dolor

*Dosis:* 100-300 mg/24 h

**HALOPERIDOL**

*Presentación:* ampollas de 5 mg en 1 cc.

*Indicaciones:*

- Vómitos de causa central
- Estados confusionales
- Oclusión intestinal

*Dosis:* varían en función de la indicación, para el control de los vómitos se utilizan dosis menores (3-5 mg/24 h), necesitando dosis superiores en el tratamiento de los estados confusionales (5-30 mg/24 h).

**LEVOMEPRMAZINA** (Sinogan)

*Presentación:* ampollas de 25 mg (1cc).

*Indicaciones:* estados confusionales con gran componente de ansiedad.

*Dosis:* 50-75 mg/24 horas.

*Características:* Es un fármaco a tener en cuenta en atención primaria dadas las dificultades que se plantean por el momento en la obtención del midazolam. Presenta el inconveniente de que puede provocar problemas locales en el punto de punción, por lo que se recomienda revisar diariamente el mismo.

**METOCLOPRAMIDA** (Primperan)

*Presentación:* ampollas de 10 mg (2cc)

*Indicaciones:* nauseas y vómitos de origen periférico, estando también indicado en los casos de estasis gástrica por compresión tumoral.

*Dosis:* 30-60 mg/24 horas. Si la administración es de forma intermitente será cada 4-6 horas.

**MIDAZOLAM** (Dormicum)

*Presentación:* ampollas de 15 mg (3cc), 5mg (5cc).

*Indicaciones:*

- Estados confusionales con gran componente de ansiedad. Una combinación muy útil es la asociación de haloperidol y midazolam dado que se combina la acción antipsicótica del primero con la ansiolítica del segundo.
- Convulsiones (es tan eficaz como el diacepam)
- Sedación
- Agitación que se presenta en los últimos días de vida de los pacientes.

*Dosis:* 30-60 mg/24 horas. Se puede empezar en casos de urgencia con un bolo inicial de 5-10 mg.

Se ha descrito una importante variabilidad interpaciente por lo que ajustaremos las dosis en función de la respuesta, existen descripciones de 300 mg/24 h. En general se recomienda reducciones de las dosis en ancianos y hepatópatas. Si lo administramos en



**Tabla 2: PRESENTACIONES, DOSIS E INDICACIONES (Continuación)**

forma de bolos intermitentes lo haremos cada 4 horas.

*Características:* Es una benzodiazepina de acción corta, utilizada tradicionalmente como inductor anestésico, dada su hidrosolubilidad es la benzodiazepina de elección para utilizar por vía subcutánea.

En la actualidad es un fármaco de uso exclusivo hospitalario. La forma de conseguirlo en atención primaria es a través de las unidades de hospitalización a domicilio o farmacia del hospital.

**BROMURO DE BUTILESCOPOLAMINA (Buscapina)**

*Presentación:* ampollas de 20 mg (1cc)

*Indicaciones:*

- Disminución de las secreciones bronquiales (estertores premortem), debiendo utilizarse precozmente.
- Dolor de la oclusión intestinal, debido a su acción espasmolítica.
- Vómitos

*Dosis:* inicio: 60 mg/24 horas, pudiendo utilizarse dosis de 180 mg/24 h.

**DEXAMETASONA (Fortecortin, Decadran)**

*Presentación:* ampollas 4 mg, 8 mg

De todos los fármacos descritos hasta el momento es el que más problemas puede presentar.

Tienen una mala tolerancia local y además da problemas de precipitación al asociarlo en el infusor con otros fármacos. Si se decide su utilización se aconseja que sea en un infusor único para la dexametasona. No administrar en bolo ya que puede ser muy doloroso.

**SUERO FISIOLÓGICO**

La hidratación de los pacientes con cáncer en fase terminal es un tema controvertido.

Técnicamente se obtienen buenos resultados conectando el sistema de gotero a la palomilla, pudiendo perfundir 1000cc/24 horas

# ATENCIÓN EN EL DOMICILIO AL PACIENTE CON CÁNCER EN FASE TERMINAL

Aurelio Duque; Miguel Ángel Benitez; Lorenzo Pascual (semFYC); Marcos Gómez; Vicente Gimeno; Pilar Castañera; Nuria Pérez; Pilar Torrubia (SECPAL); Magdalena Sánchez (AECC)

Documento de Consenso semFYC-SECPAL. Valencia, Mayo del 2000

## A) IMPORTANCIA, GRAVEDAD DEL PROBLEMA

En las últimas décadas se han originado unos cambios demográficos profundos en nuestro país que afectan a la atención sanitaria. De ellos, uno de los más importantes es el envejecimiento de la población, que es responsable de un incremento de la incidencia y prevalencia de enfermedades debilitantes progresivas. Dentro de éstas, las enfermedades neurodegenerativas y las neoplasias ocupan un puesto destacado en cuanto a su alta prevalencia y su alta morbilidad, responsables de situaciones asociadas a un alto sufrimiento en el paciente y en sus familiares. Esta situación se verifica, especialmente, en la fase terminal de estas enfermedades, de igual forma a lo que acontece en otras enfermedades de etiología y afección diversa.

Por otro lado, la adecuada evolución de los conocimientos bioéticos y científicos en la medicina, junto con los cambios culturales de la sociedad, demandan una mejora de los cuidados de las personas al final de su vida. Es preciso, pues, el fomentar el ejercicio de los cuidados paliativos como la alternativa

más adecuada para dar respuestas a los pacientes en fase terminal y sus familiares.

En relación a todo ello, se considera adecuado la propuesta de desarrollar un documento de trabajo conjunto entre la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, con el objetivo de acercar las visiones de las dos sociedades sobre los problemas, y sus posibles soluciones, de la asistencia a los pacientes en la comunidad.

## B) DOMICILIO: LUGAR DE ATENCIÓN

Diversas encuestas concluyen que la mayoría de los pacientes con enfermedades en fase terminal desearían fallecer en sus propios domicilios si dispusiesen de una atención adecuada. Existen estudios, por otro lado, que señalan que la mayor parte de la evolución de la enfermedad transcurre en el propio domicilio del paciente al cuidado de sus familias.

Ha de considerarse, además, que un porcentaje importante de pacientes, entre el 40-60%, diagnosticados de cáncer fallece en su

propio domicilio. Por lo tanto es en el domicilio, donde un considerable número de pacientes con enfermedades crónicas e invalidantes, van a recibir atención sanitaria.

Por otro lado, la propuesta de la O.M.S. (1990) sobre los cuidados paliativos recoge la necesidad de promocionar / favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio sin que ello signifique una disminución de la calidad de los cuidados.

## C) RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

La atención domiciliaria es una responsabilidad del Sistema Nacional de Salud y debe ser una de las actividades fundamentales de los Equipos de Atención Primaria. Las características del trabajo de éstos como la multidisciplinariedad, la accesibilidad, el cuidado longitudinal que permite una relación médico-paciente-familia establecida en la comunidad a lo largo de los años previos, el conocimiento del entorno familiar, la posibilidad de ofrecer una atención integral en el domicilio, entre otros, hacen que sean el recurso sanitario

más lógico e idóneo para la atención de las personas con enfermedades progresivas e incurables mientras permanecen en su domicilio. De hecho, entre las diversas funciones de los equipos de atención primaria se recoge la obligación de suministrar una atención de calidad en el domicilio a los enfermos incapacitados y a su entorno familiar.

No obstante, parece que la asistencia domiciliaria realizada por el primer nivel de atención no es de la calidad deseada. Si bien no se disponen de datos que permitan una adecuada valoración de la realidad, hay hechos que indirectamente sugieren que los cuidados domiciliarios de los pacientes con enfermedades terminales no son todo lo adecuado que podría desearse. La alta frecuentación de estos pacientes de los servicios de urgencias hospitalarios, la escasa prescripción de opioides por los profesionales y la baja formación en cuidados paliativos de muchos de los profesionales de atención primaria, son, entre otros, algunos de los datos que sustentan las apreciaciones descritas más arriba.

Por otro lado, existen a su vez una serie de problemas estructurales que dificultan, por sí mismos, la adecuación de los cuidados en el domicilio por el primer nivel de atención. Dentro de estos problemas destacan: (\*) la excesiva carga asistencial derivada de la inadecuación de las plantillas, (\*) las trabas burocráticas para la prescripción y acceso a medicación y material

específico (midazolam, cloruro mórfico, infusores para la administración continua de medicación), (\*) y los problemas organizativos dentro de los equipos de atención primaria como la coordinación y definición de funciones entre sus diferentes componentes. La inadecuada coordinación con otros niveles asistenciales, así como la desautorización de los profesionales de la atención primaria por el nivel hospitalario, también deben ser citados como importantes problemas que dificultan la atención domiciliaria por la atención primaria.

El hecho de que existan problemas susceptibles de corrección o mejora no debería considerarse como una desacreditación del primer nivel de atención como responsables del cuidado de los pacientes mientras éstos permanecen en la comunidad. La atención primaria debería ser considerada como un recurso esencial para el cuidado de estos pacientes, y en consecuencia, ser potenciada adecuadamente para ello. Los pacientes tienen derecho a una atención de calidad, en el período final de la vida, en su domicilio, prestada por su médico/enfermo de familia.

## **D) PROPUESTA PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS**

### **D.1. ATENCION DOMICILIARIA**

La responsabilidad de la atención de los pacientes con enfermedades en fase terminal que están ubica-

dos en su domicilio debería recaer en los equipos de atención primaria. Sin embargo, la dificultad que plantea esta atención, en determinadas situaciones, podría aconsejar la existencia de unidades de apoyo para el cuidado domiciliario. Dentro de éstas, juegan un papel fundamental los denominados equipos de soporte domiciliario. Las funciones de estos equipos deberían estar claramente definidas en relación a un objetivo principal de ser un recurso de apoyo de los equipos de atención primaria en situaciones específicas. Se entienden como tales aquellas cuya complejidad requiera la intervención de profesionales con una formación específica y amplia en la resolución de problemas clínicos de cuidados paliativos para mejorar la orientación diagnóstica – terapéutica del caso. Otras de las funciones de los equipos de soporte serían: la colaboración en la actividades de formación continuada en cuidados paliativos de los profesionales de la atención primaria y la conexión – coordinación de la atención primaria con la atención especializada cuando se precise.

La actuación de los equipos de soporte sin conexión con los equipos de atención primaria, dependiendo orgánicamente de los hospitales o de las gerencias de atención primaria, constituyendo una red sanitaria paralela al primer nivel de atención no parece adecuada en la actualidad. La duplicación de un recurso sanitario para la realización de un mismo servicio no es

una alternativa eficiente: favorece la competición entre los recursos por la asistencia a los pacientes, incrementa la complejidad organizativa del sistema sanitario con riesgo de desasistencia por no conexión entre los recursos. La potenciación de los equipos de soporte como unidades de atención domiciliaria en detrimento de la atención primaria puede atentar, por otro lado, contra la equidad del sistema sanitario: los requerimientos económicos para el desarrollo de toda una red paralela, al primer nivel de salud, como responsable de la atención domiciliaria son lo suficientemente elevados como para que dicho desarrollo esté limitado y no cubra las necesidades de todos los pacientes y familiares.

En relación a lo expuesto, se entiende la necesidad de potenciar los cuidados domiciliarios de los pacientes con enfermedades en fase terminal. Estos cuidados deberían ser realizados, fundamentalmente, por los profesionales de atención primaria con el apoyo, cuando se requiriese, de los equipos de soporte. La actuación de estos equipos será la del asesoramiento para la resolución de situaciones puntuales. En ningún momento debería acontecer el fenómeno de sustitución continua, por estos equipos, de la asistencia prestada por la atención primaria.

## D.2. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Aún entendiendo la importancia de los cuidados en domicilio para los pacientes con enfermedades en

fase terminal, en determinadas circunstancias (como la claudicación familiar, situaciones de sufrimiento elevado de difícil control en el domicilio, o déficit de soporte socio-familiar para el cuidado en el domicilio), en que es preciso la ubicación del paciente en un nivel asistencial que le asegure unos cuidados de la mejor calidad posible.

La existencia de camas específicas para pacientes subsidiarios de cuidados paliativos debe plantearse como un recurso más de los profesionales de atención primaria, quienes deberían disponer de la posibilidad de derivar los pacientes a las unidades de cuidados paliativos a lo largo de las 24 h del día, 7 días a la semana. Indudablemente, son las condiciones de coordinación entre los equipos de atención primaria y las unidades de cuidados paliativos las que dictarán el modus operandi para la resolución de las derivaciones.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que los cambios sociodemográficos actuales favorecen la presencia de familias nucleares de pequeño tamaño y con una red social escasa. Ello hace que se constituyan 3 tipos de pacientes: (i) enfermos en situaciones de sufrimiento intenso que requiere atención directa en una unidad de cuidados paliativos, (ii) enfermos con una situación de sufrimiento leve-moderada y con una buena red social para ser cuidados en el domicilio, y (iii) enfermos que con una situación de sufrimiento físico controlada no pueden ser cuidados en

el domicilio por escaso soporte social. Los pacientes que se corresponden con este perfil son subsidiarios de un segundo nivel asistencial como los centros socio-sanitarios o de cuidados prolongados. La ausencia o déficit de este recurso determina la inadecuada utilización de las camas de las unidades de cuidados paliativos, con ingresos prolongados que solo requieren cuidados básicos de enfermería, o una inadecuada asistencia en el domicilio por déficit del soporte socio-familiar necesario para ello.

## D.3. LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

En la actualidad se verifica, de forma generalizada, una situación de descoordinación entre los niveles asistenciales que intervienen en los cuidados de los pacientes: equipos de atención primaria, equipos de soporte, unidades de cuidados paliativos y servicios de referencia de oncología.

La pretensión de un cuidado domiciliario de calidad debe pasar, ineludiblemente, por una coordinación exquisita de los profesionales implicados en aquel. Esta coordinación tiene lugar en la concepción de un modelo de asistencia compartida entre la atención primaria y los otros recursos, de forma que todos participen, en mayor o menor medida con mayor o menor responsabilidad, en el cuidado del paciente. En este contexto debe superarse el modelo de organización actual de "situaciones estancos" en las

que los pacientes pasan de un nivel asistencial a otro sin que se produzca la adecuada coordinación entre los profesionales. Hasta que el sistema se encuentre un modelo de organización mejor que resuelva el problema, las unidades de cuidados paliativos y los equipos de soporte podrían asumir la función de coordinación que asegure el adecuado cuidado de los pacientes en domicilio. Para ello, deberían superarse las barreras habituales y establecerse una comunicación directa con los profesionales de atención primaria (sesiones de discusión de casos, protocolos de actuación, visitas conjuntas etc.) además de la vía habitual de los informes clínicos.

### E) CUIDADOR, ATENCIÓN A LA FAMILIA

A pesar de los cambios en la dinámica familiar producidos en nuestro país, durante la estancia de los pacientes en el domicilio, la

familia, y dentro de éstas el cuidador principal sigue teniendo un papel clave. Sin el apoyo de la familia sería imposible una correcta atención domiciliaria.

En la consideración del paciente y familia como la unidad de atención, además de el reconocimiento y apoyo por parte de los profesionales sanitarios, deberían existir otras medidas de apoyo socio-sanitario para facilitar – favorecer el cuidado de los pacientes en el domicilio. Dentro de estas ayudas pueden señalarse los servicios de ayuda a domicilio, la provisión de material ortoprotésico, camas de diseño específico. Otras que también precisan ser implementadas son los centros de día que permitan a los cuidadores continuar con su trabajo.

En los análisis de la atención domiciliaria en el entorno europeo se observa que el principal déficit en la asistencia domiciliaria no afecta a la ausencia de profesionales sanitarios sino a la escasez de

los recursos sociales pertinentes.

Por otro lado, debe considerarse que tras el fallecimiento de los pacientes los familiares deben enfrentarse a la elaboración del duelo. En este aspecto debería promocionarse la actuación de los profesionales sanitarios de atención primaria en la labor de asesoramiento en el proceso del duelo así como en la detección temprana de situaciones de psicopatología. El apoyo de las unidades de cuidados paliativos que dispongan del servicio de atención al duelo, así como de la red de salud mental comunitaria son un elemento fundamental en la actuación del primer nivel de salud. Sin que se produzca una situación de "sanitarización" del proceso del duelo, los equipos de atención primaria, junto con las organizaciones sociales pertinentes, deberían favorecer la aparición de grupos de autoayuda o redes sociales adecuadas que presten un apoyo adecuado a los familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Benítez M.A, Salinas A, Asensio A, Armas J. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria*, 1999; 23:4: 187-191.
2. Busquet X, Porta M, Jarrod M, Busquet C, Sánchez A, Duocastella P. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. *Aten Primaria*, 1994; 13: 291-297.
3. Contel J.C. Hacia un modelo de atención domiciliaria. *Cuadernos de gestión*, 1999; 5:1: 1-4.
4. Gene J, Contel J.C. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Aten Primaria*, 1999; 23:4: 183-186.
5. Gómez X, Fontanals MD, Roigé P, García M.C, LLevadot M.D, Rabadá M.T et. al. Atención de personas mayores con enfermedades y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. *TODO HOSPITAL*, 1992; 84: 17-26.
6. Hernández P.M, Rubio G.A, Navarro E, Benítez M.A, González G. Propuestas de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria. *Cuadernos de gestión*, 1999; 5:1: 31-38.
7. Higginson I. Palliative Care Services in the community: What do family doctors want?. *J. Palliat. Care*, 1999; 15:2: 21-25.
8. O'Neill B, Rodway A. ABC of palliative care. *Care in the community*. *BMJ*, 1998; 316: 373-377.

# Gaceta Bibliográfica de Atención Primaria



## ACTITUDES DE LOS MÉDICOS ANTE LA MUERTE Y LOS ENFERMOS TERMINALES VEINTE AÑOS DESPUES DE FINALIZAR SUS ESTUDIOS EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

Dickinson GE, Tournier RE, Still BJ. Twenty years beyond Medical School. Physicians' Attitudes Toward Death and Terminally Ill Patients. Arch Intern Med 1999; 159: 1741-1744.

PREGUNTA: ¿Qué actitudes tienen los médicos ante la muerte y los pacientes gravemente enfermos? ¿Se modifican estas actitudes con los años de práctica clínica?

ANTECEDENTES: En la enseñanza actual, la mayoría de las relaciones prácticas con los enfermos son fugaces (1). Los estudiantes reciben una importante formación científica, pero sólo marginalmente se les enseña a comunicar con las personas enfermas. Como los médicos están entrenados para

diagnosticar y curar, experimentan los procesos terminales como fracasos, prolongando con frecuencia innecesariamente la agonía mediante procesos artificiales, sin proporcionar al paciente durante ese tiempo una buena calidad de vida ni facilitarle la preparación a su muerte. Sin embargo, por su rol, estos profesionales tienen un enorme poder para ayudar a los pacientes moribundos y a sus familiares. Tienen, por ello, la obligación de no abandonarles. Al hilo de esta preocupación expresada recientemente por la American Medical Association y la Association of American Medical Colleges, los autores analizan las actitudes de los médicos con 20 años de práctica frente a la muerte, a los enfermos terminales y a sus familias (2,3).

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Licenciados en Medicina de las promociones entre 1972 y 1975 de cinco facultades de medicina (California del Sur, Vanderbilt, Pensilvania, Colorado, Yale).

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ: Estudio longitudinal prospectivo de cohortes.

Las facultades se seleccionaron tras valorar los currículos de 113 facultades de Estados Unidos, considerando aquellos que ofrecían cursos pregrado de cuidados paliativos. Se envió un cuestionario de 11 puntos, graduado con escala de Likert sobre actitudes ante la muerte y los pacientes terminales y sus familias a 1664 médicos en 1976 y de nuevo a 1109 en 1996 obteniendo respuestas en el 71 % y 63 % respectivamente (90 % hombres, proporción representativa de los graduados en la década de los 70).

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS: Actitud de los profesionales hacia los enfermos terminales y sus familias. Evolución de la misma con los años de experiencia profesional.

RESULTADOS PRINCIPALES: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ) en las respuestas a los 11 puntos. Con

el paso de los años era menos frecuente que los médicos se deprimieran por la muerte de un paciente. Tras 20 años de ejercicio se mostraban más de acuerdo con la frase "cuando uno de mis pacientes se muere, siempre me pregunto si se podría haber hecho algo para salvarle" y menos de acuerdo con la afirmaciones "no pienso mucho sobre la muerte", "creo que los médicos remiten pacientes terminales a otros médicos más a menudo que no terminales para evitar tener que tratar con el proceso de su muerte". Resultaba menos difícil "contar a un paciente que va a morir" después de 2 décadas de ejercer la medicina y se estaba mucho más de acuerdo con que "es esencial que se le cuente a un paciente moribundo su pronóstico". También en 1996 encontraron menos difícil "tratar con la familia de un enfermo terminal que con las familias de mis otros pacientes". Las diferencias de actitud por sexo no alcanzaron significación estadística. En conjunto, después de 20 años los médicos encuestados se comunicaban mejor con los pacientes terminales y sus familias.

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** Inexistentes.

**RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

**Conclusión:** Tras dos décadas de ejercicio de la medicina las actitudes parecen haber cambiado, los médicos se muestran más comuni-

cativos con los pacientes terminales y sus familias en relación con la muerte y el proceso de morir.

**Comentario:** Las reacciones de los médicos americanos recién licenciados son consistentes con las de la sociedad en la cual están socializados, "que niega la muerte". Después de muchos años de ejercicio, los médicos se enfrentan mejor a la muerte. Una educación pregrado adecuada podría facilitar este cambio de actitud.

Con las matizaciones propias de la cultura latina, se puede extrapolar la actitud de los profesionales frente a la enfermedad incurable.

Aunque no citados en este artículo, los profesionales de la enfermería, preparados para proporcionar cuidados continuados a la población y acompañar en su evolución a los enfermos, pueden prestar un servicio importante en el proceso de aceptación de la muerte y elaboración del duelo. [ACZ]

#### REFERENCIAS

1. Christakis DA, Feudtner C. *Temporary matters: the ethical consequences of transient social relationships in medical training*. JAMA 1997; 278: 739-743.
2. AGS Ethics Committee. *The Care of Dying Patients: A Position Statement from the American Geriatrics Society*. JAGS 1995; 43: 577-578.
3. Rusell P, Sander R. *Palliative care: promoting the concept of a healthy death*. Br J Nurs 1998; 7: 256-261.

## SIGNOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE CON CÁNCER EN FASE TERMINAL

Viganó A, Bruera E, Jhangri JS, Newman SC, Fields AL, Suárez-Almazor ME. *Clinical Survival Predictors in Patients with Advanced Cancer*. Arch Intern Med 2000; 160: 861-867.

**PREGUNTA:** ¿Se pueden definir factores predictores de supervivencia en el paciente con cáncer en fase terminal a partir de signos clínicos o analíticos?

**ANTECEDENTES:** Actualmente, un tercio de la población de los países desarrollados puede ser diagnosticada de cáncer a lo largo de su vida. En aproximadamente un 50% de los pacientes el estadio es tan avanzado en el momento del diagnóstico que el tratamiento no les prolongará la vida. La fase terminal puede durar de días a meses, sin que hasta el momento haya criterios válidos para pronosticar la duración. El pronóstico incierto, tanto por exceso como por defecto, dificulta la toma de decisiones tanto a clínicos como a familiares y a los propios pacientes. En este estudio se recogen los diversos indicadores no invasores que, en estudios anteriores (1,2,3,4) han resultado buenos predictores de supervivencia.

**POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO:** Cohorte de 227

pacientes consecutivos, de 18 años de edad o más, que acudieron al Cross Cancer Institute, Alberta, con diagnóstico de cáncer avanzado de pulmón, mama o tracto gastrointestinal.

**DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ:** Estudio de cohortes de 2 años y medio de duración (julio 96-diciembre 98). Al inicio se recogieron variables de laboratorio, clínica, características del tumor y de su tratamiento, demográficas y socioeconómicas. Se examinó la correlación entre dichas características y se hizo un análisis de supervivencia.

**EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS:** Porcentaje de mortalidad en el periodo estudiado, media de supervivencia, supervivencia relación al tipo de tumor y a diferentes signos clínicos, socioeconómicos y de laboratorio.

**RESULTADOS PRINCIPALES:** Al terminar el estudio habían muerto el 91,6% de los pacientes. La media de supervivencia en la muestra fue de 15,3 semanas. La supervivencia más corta se asoció de forma independiente con cáncer primario de pulmón (frente al de mama o tracto gastrointestinal), metástasis hepáticas, niveles moderados o importantes de patología asociada (frente a ausencia o niveles bajos), pérdida de más de 8 Kg de peso en los 6 meses anteriores, cifras de albúmina sérica menores de 35 g/L, recuento linfocitario por debajo de  $1 \times 10^9$  /L, niveles de LDH por encima

de 618 U/L y valoración clínica por el médico de menos de 2 meses de supervivencia (frente a 2-6 meses y más de 6 meses). El tipo de intervención y síntomas como náuseas y vómitos, peso del tumor, y características socioeconómicas tales como apoyo social, educación y niveles de ingresos no se encontraron asociados de forma independiente con la supervivencia, después de ajustar para el efecto de los factores de pronóstico.

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** No conocidos.

El estudio ha sido parcialmente financiado por una beca para la investigación clínica del patrimonio de la Fundación Alberta para la investigación médica

**RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

**Conclusión:** Algunos signos clínicos, como la pérdida de peso, metástasis hepáticas o patología asociada, el tipo de tumor, y datos de laboratorio, como el valor de la albúmina sérica, los linfocitos o la LDH, pueden ser útiles para predecir la supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado.

**Comentario:** El valor pronóstico independiente de bajo peso, recuento linfocitario disminuido y albúmina sérica baja, confirman el papel negativo de la desnutrición en la supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado. Los resultados sugieren que en los pacientes

con pronósticos más cortos (menos de 2 meses) la albúmina es el predictor más útil, mientras que cuando la supervivencia es de más de 2 meses el pronóstico se correlaciona mejor con otras consecuencias de la malnutrición, como disminución de peso corporal o deterioro del sistema inmune. El perfeccionamiento de la metodología aplicada al diseño y al desarrollo de los estudios de supervivencia ayudará a reducir la incertidumbre del pronóstico.

Ello contribuirá a mejorar la organización de los recursos destinados al cuidado del paciente por parte tanto de los profesionales como de los familiares [ACZ]

#### REFERENCIAS:

1. Allard P, Dionne A, Potvin D. Factors associated with length of survival among 1081 terminally ill cancer patients. *J Palliat Care* 1995; 11: 20-24.
2. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer* 1996; 32 A: 1135-1141.
3. Herrmann FR, Safran C, Levkoff SE, Kenneth J. Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission. *Arch Intern Med* 1992; 152: 125-130.
4. Ralston SH, Gallacher SJ, Patel U, Campbell J, Boyle IT. Cancer-associated hypercalcaemia: morbidity and mortality. *Ann Intern Med* 1990; 112: 499-504.

## ¿QUIÉN CUIDA AL CUIDADOR?

**Emmanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL**  
**Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers**  
*Ann Intern Med* 2000; 132: 451-459.

**PREGUNTA:** ¿Cuáles son las principales cargas que impone la enfermedad terminal?. ¿Que intervenciones pueden mejorar dichas cargas?

**ANTECEDENTES:** Estudios anteriores han demostrado que los cuidadores de pacientes con cáncer y demencia presentan mayor estrés psicosocial y tasas más altas de problemas de salud (1). El presente estudio pretende determinar los factores económicos o de otro tipo que condicionan la carga propia del enfermo terminal

**POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO:** Población de seis ciudades americanas seleccionadas al azar. Se entrevistaron a 968 pacientes terminales y 893 cuidadores

**DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ:** El listado de enfermos terminales fue proporcionado por sus médicos extrahospitalarios. Los propios enfermos fueron quienes identificaron a su cuidador principal. Se consideró como enfermo terminal el que, a criterio de su

médico, tenía un tiempo de supervivencia estimado menor de 6 meses.

No se seleccionaron pacientes al azar, sino que se invitó a participar a todos los identificados por sus médicos. Se excluyeron del estudio los enfermos con diagnóstico de HIV o SIDA, los que no hablaban inglés y los que no quisieron participar o eran incapaces de firmar consentimiento. Todos los participantes fueron entrevistados personalmente

**EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS:** Necesidad de ayuda para la movilización, la alimentación, el cuidado personal o el cuidado de la casa. Percepción subjetiva de carga económica. Gastos en cuidados de salud (más del 10% de los ingresos del hogar). Depresión del cuidador principal, o sentimiento de interferencia del paciente con su vida privada. Consideración, por parte del paciente, de eutanasia o suicidio asistido.

**RESULTADOS PRINCIPALES:** Un 34'7% de los pacientes tenían necesidades básicas de cuidado. Entre los pacientes que tenían estas necesidades fue más frecuente la percepción de que eran una carga económica para sus familiares, 44'9% frente a 35'3% (9'6% de diferencia, IC 95% 3'1-16'1), sus ingresos se gastaban en los cuidados de salud, 28% frente a 17% entre los que no tenían necesidades básicas (11'0% de diferencia, IC 95% 4'8-17'1) y también

fue más frecuente que ellos o sus familias habían tenido que pedir un préstamo, o habían gastado sus ahorros, o habían tenido que buscar un trabajo adicional, 16'3% frente a 10'2% (6'1% de diferencia, IC 95% 1'4-10'6).

Los pacientes con necesidades básicas de cuidado tuvieron más probabilidad de plantearse la eutanasia o el suicidio asistido, 14'9% frente a 8'2% (6'7% de diferencia, IC no consta en ninguna parte del trabajo, aunque da una  $p=0'001$ ). Los cuidadores de esos mismos pacientes tuvieron más probabilidad de síntomas depresivos, 31'4% frente a 24'8% (IC95% 0'4-12'8) e informaron con más frecuencia sentir que, sin dejar de quererlos, los enfermos interferían en sus vidas privadas, 35'6% frente a 24'3% (IC 95% 5'0-17'7).

Cuando los médicos dedicaron tiempo a escuchar las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, éstos últimos experimentaron menos cargas

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** No conocidos.

El estudio ha sido financiado en parte por ayudas de Commonwealth Fund y Nathan Cummings Foundation

**RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

**Conclusión:** Las necesidades básicas de cuidado son un factor determinante tanto de las cargas económicas como de las de otro

tipo impuestas por la enfermedad terminal. A través de la empatía los médicos pueden mejorar algunas de estas cargas

Comentario: Debido a los criterios de selección, las conclusiones del estudio no son aplicables a los moribundos (últimos días de vida) ni a los mentalmente incapacitados. Así mismo, debido a la mayor facilidad para que los profesionales identifiquen la fase terminal en los pacientes con cáncer más que en otro tipo de enfermos (2), los pacientes cancerosos están representados en exceso (más de un 50% del total de la población estudiada) si se tiene en cuenta el lugar que ocupan en la distribución de muertes dentro de la población general. Las muertes por enfermedad del corazón, enfermedad vasculocerebral, o enfermedad respiratoria crónica, entre otras, se dan muchas veces después de sucesivas agudizaciones y recuperaciones a lo largo de los años, lo que dificulta hacer un pronóstico de los últimos seis meses de vida de los afectados. Coincidiendo con estudios previos, que identifican como principal causa por la que los pacientes solicitan eutanasia o el suicidio asistido su miedo de ser una carga (3), (4), los datos de este trabajo encuentran relación entre necesidades básicas no cubiertas y planteamiento de muerte provocada por parte del paciente.

Finalmente, se reconoce aquí el importante papel que puede jugar el médico (posiblemente también la enfermera, aunque no haya sido

objeto de este estudio) en mejorar la calidad de la salud de pacientes terminales y sus cuidadores a través de la empatía. Para que se dé comunicación hace falta dedicar tiempo. Establecer una comunicación empática requiere, entre otras cosas, respetar tiempos de latencia personales y mantener periodicidad cortas de las visitas a domicilio. Una visita a domicilio cuesta, considerando el desplazamiento de ida y vuelta, como mínimo media hora (durante la cual un médico con poca presión asistencial resuelve 5 consultas en el centro de salud). Si se quiere humanizar la asistencia, habrá que reducir la proporción actual de habitantes/profesional, para que se pueda asumir la comunicación empática con los pacientes terminales. En otro caso, como demuestran los autores, estaremos alimentando el debate a favor de la eutanasia. [ACZ]

#### REFERENCIAS

1. Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, Oye R, Desebiens N, Reding D, et al. *The impact of serious illness on patients' families*. SUPPORT Investigators Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *JAMA* 1994; 272: 1839-1944.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. *The promise of a good death*. *Lancet* 1998; 351: S1121-S1129.
3. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. *A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States*. *N Engl J Med* 1998; 338: 1193-1201.
4. Van Der Maas PJ, Van Delden JJ; Pijnenborg L, Looman CW. *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*. *Lancet* 1991; 338: 669-674.

## NO ESTÁ CLARO QUE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE LOS PACIENTES TERMINALES FACILITE LA MUERTE EN CASA

Grande GE, Tood CJ, Barclay SIG, Farquhar MC. *Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial*. *BMJ* 1999; 319: 1472-1475

PREGUNTA: ¿Los cuidados paliativos domiciliarios pueden facilitar la muerte en casa?

ANTECEDENTES: En Inglaterra y Gales (1995) la mitad o más de los pacientes, la mayor parte de los profesionales y muchos cuidadores no profesionales expresan su preferencia por que la muerte ocurra en el domicilio (1), (2), (3). Los ensayos clínicos controlados sobre cuidados paliativos domiciliarios son escasos. Esto se debe tanto a problemas particulares de reclutamiento como a dificultad para predecir el pronóstico de ese tipo de pacientes y a otras características relacionadas con los mismos como diverso tipo de dificultades para la medición y recogida de datos (4). La hospitalización domiciliaria se constituyó con la finalidad de mejorar la calidad de la asistencia nocturna en pacientes terminales y facilitarles la elección del lugar de su muerte.

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Se incluyeron



229 pacientes, de 16 o más años de edad, residentes en Cambridge, con un pronóstico de vida de 2 semanas o menos, derivados a hospitalización domiciliaria desde el primer o segundo nivel de asistencia sanitaria, durante un periodo de 15 meses.

**DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ:** Los pacientes se asignaron de forma aleatoria, tras su aceptación a participar en el estudio, al grupo de cuidados paliativos domiciliarios (n=186) o al de asistencia domiciliaria estándar (n=43). Se estableció atender aproximadamente 100 personas al año, con una perspectiva de remisión del doble de esta cifra. Se buscó una potencia estadística del 80% para detectar diferencias de un 15% entre los dos grupos de pacientes, con un error  $\alpha = 0.05$ . Algunos de los admitidos en el programa a domicilio tuvieron que excluirse por diversas causas, como deterioro y muerte inmediatamente después de la remisión, incapacidad del cuidador para colaborar o mal control de síntomas. Dificultades de diversa índole condicionaron que de un estudio previsto inicialmente para una muestra de 400 paliativos domiciliarios, 110 controles y 34 meses de duración terminara con 200 paliativos domiciliarios frente a 50 controles y 15 meses de seguimiento, con lo que se redujo notablemente la potencia estadística del mismo.

**EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS:** Lugar del óbito

**RESULTADOS PRINCIPALES:** No se encontró diferencias en el número de fallecimientos domiciliarios entre el grupo de estudio y el control. Un total de 124 personas del grupo de cuidados domiciliarios (67%) frente a 25 del grupo control (58%) fallecieron en su casa.

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** No conocidos.

**FINANCIACIONES:** El servicio de hospital a domicilio fue financiado por la Elizabeth Clark Charitable Trust. La financiación de la investigación corrió a cargo de la anterior institución y del NHS research and development primary/secondary care interface programme

**RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

**Conclusión:** El análisis de intención de tratamiento no mostró que los cuidados paliativos domiciliarios aumentarían el número de muertes en casa.

**Comentario:** Tal vez un estudio con una potencia estadística como la prevista al inicio de ésta investigación habría permitido estimar diferencias entre un tipo de asistencia y otro. En cualquier caso, y siempre que los costes lo permitan, e independientemente de que se puedan realizar estudios con significación estadística, el hecho de poder ofrecer a la elección del paciente dos opciones de asistencia para terminar sus días tiene

connotaciones éticas positivas, ya que supone permitirle un mayor grado de autonomía personal. [ACZ]

#### REFERENCIAS

1. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ* 1990; 301: 415-417.
2. Cartwright A. Balance of care for the dying between hospitals and the community: perceptions of general practitioners, hospital consultants, community nurses and relatives. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 271-274.
3. Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Freeling P. Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about the experiences of terminally ill patients. *Palliat Med* 1991; 5: 207-214.
4. McWhinney IR, Bass MJ, Donner A. Evaluation of a palliative care service: problems and pitfalls. *BMJ* 1994; 309: 1340-1342.

## LOS MÉDICOS SE EQUIVOCAN CON MUCHA FRECUENCIA AL PRONOSTICAR LA DURACIÓN DE LA VIDA DE SUS PACIENTES TERMINALES

Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctor's prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000;320: 469-473.

**PREGUNTA:** ¿Son precisos los pronósticos sobre duración de la vida en moribundos hechos por sus médicos?. ¿Cuáles son los factores que determinan la precisión?

**ANTECEDENTES:** Parkes mostró que las predicciones médicas de 168 pacientes de cáncer eran a menudo erróneas y optimistas (1), estas observaciones se han confirmado en ulteriores trabajos. Los autores del presente estudio han realizado un seguimiento de cohortes para evaluar la magnitud y los factores determinantes del error pronóstico.

**POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO:** Un total de 343 médicos estimaron la supervivencias de 468 pacientes terminales. Se incluyeron todos los pacientes admitidos durante 130 días consecutivos en 1996 procedentes de cinco programas de pacientes externos pertenecientes a hospitales de crónicos de Chicago.

**DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ:** Estudio prospectivo de cohortes.

**EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS:** Media de supervivencia, precisión de los pronósticos, características del médico o de los pacientes asociadas con precisión en el pronóstico.

**RESULTADOS PRINCIPALES:** La media de supervivencia fue 24 días. Solamente el 20% (92/468) de las predicciones fueron precisas; 63% fueron optimistas (295/468) y 17% (81/468) pesimistas. En conjunto los médicos sobreestimaron la supervivencia 5'3 veces. En los pacientes hombres fue un 58% menos probable tener predicciones pesimistas. En los médicos especialistas no oncólogos fue un 326% más probable que en los internistas tener predicciones pesimistas. Los médicos con mas experiencia (cuartil superior) fueron los más precisos. Cuando la duración de la comunicación médico-paciente aumentó y el tiempo transcurrido desde el último contacto disminuyó, la precisión pronostica también disminuyó.

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** El estudio ha sido financiado por la Fundación Soros, la Fundación para Investigación y Docencia de AMA y el Programa EBL.

**RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

**Conclusión:** Menos de una cuarta parte de los pronósticos de vida fueron precisos. Se encontraron algunas características del médico

o de los pacientes asociadas a precisión en el pronóstico.

**Comentario:** Los médicos somos inexactos en pronósticos de vida aplicados a pacientes terminales y el error es sistemáticamente optimista. La implicación en la relación médico-paciente parece aumentar el riesgo de error. Estos fenómenos pueden estar afectando la calidad del cuidado dado cerca del extremo de vida.

Los pronósticos, sobre tiempo de supervivencia, equivocados pueden tener consecuencias negativas tanto para el enfermo como para los familiares, dificultando además la eficacia conseguida con la planificación de recursos sanitarios. En el caso de los pacientes porque, un pronóstico erróneo por exceso puede retrasar el inicio de medidas paliativas como, por ejemplo, el tratamiento del dolor o conducir al encarnizamiento terapéutico (2). Un error pronóstico por defecto puede agotar los recursos de apoyo material o psicológico en los familiares cuidadores, o inducir a ingreso impropio en un hospital de crónicos. Los pacientes ingresados en los hospitales de crónicos deberían tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Las predicciones de supervivencia deberían estar basadas en índices, no en la intuición. Algunos de éstos, como el de Morita (3) o el de Maltoni (4) para enfermos con cáncer, son considerados razonablemente buenos. [ACZ;VCG]



## REFERENCIAS

1. Parkes CM. Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *BMJ* 1972; 2: 29-31.
2. Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after enrolment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996; 335: 172-178.
3. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Survival prediction of terminally ill cancer patients by clinical symptoms: development of a simple indicator. *Jap J Clin Oncol* 1999; 29: 156-159.
4. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, Marinari M, Indelli M, Zaninetta G, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 231-239.

## EPÍLOGO

**Sanz-Ortiz J, Llamazares A. Atención domiciliaria en una unidad de cuidados paliativos. Med Clin (Barc) 1993; 101: 446-449.**

Actualmente, según los autores, el 90% de los fallecimientos se producen en los hospitales. Este trabajo analiza las características del seguimiento de 93 pacientes oncológicos atendidos en su domicilio hasta el fallecimiento.

En total se generaron 215 visitas, con una duración media de 40 minutos. La fase terminal osciló entre 1 y 425 días, con una mediana de 50 días. La mediana de supervivencia desde el diagnóstico fue de 10 meses, 50 enfermos fallecieron entre el 2º y el 6º mes de estar incluidos en el programa.

Los autores concluyen que la atención domiciliaria adecuada (con alivio de síntomas, comunicación permanente y apoyo familiar adecuado) aumenta el tanto por ciento de muertes en el hogar. [ACZ].

**Ripoll MA, Burgos I. Morir en casa. La conformación del pro-**

**yecto RIMCAM. Med Clin (Barc) 1994; 102: 396-397.**

Los autores, médicos generales (coordinador del proyecto RIMCAN y presidente de la Sociedad Española de Medicina General respectivamente), presentan los resultados de un registro poblacional de incidencia y mortalidad de pacientes con cáncer atendidos por médicos generales.

Participan como declarantes 131 médicos de toda España, de los que el 73% ejercen en poblaciones con menos de 10.000 habitantes.

En 2 años se han registrado 168 casos, de los que tres de cada cuatro han fallecido en su propio domicilio.

Los firmantes se lamentan de que, en un artículo publicado en otro número de la misma revista (*Med Clin* 1993; 101: 446-449), los investigadores no hagan referencia en ningún momento a los profesionales de Atención Primaria. Afirman necesaria la colaboración y coordinación entre los diferentes niveles de la asistencia sanitaria. Insisten en que los servicios hospitalarios no deben acaparar recursos ni suplantar las funciones del primer nivel de atención. [ACZ].

**Redacción:** Los trabajos que se referencian en la Gaceta han sido seleccionados por el Grupo de Bibliografía en Atención Primaria (Eina/PV), conforme a criterios predefinidos de pertinencia y validez.

**Forman el Grupo Eina/PV:** Vicente Cabedo García, Ana Costa Alcaraz, Luís González Luján, Francisca Juan Espert, Joan Puig Barberà, Gloria Rabanaque Mallén y Ana Ramos Pérez.

# UTILIDAD DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Ana Casorrán Martínez; María José Ramírez Esplugues; Ester Benito Casado; Victoria Navarro Mas; María Teresa Simó

*Residentes del tercer año del Centro de Salud de Manises (Valencia)*

## 1. MAGNITUD DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

La mejoría de la expectativa de vida en los países desarrollados ha hecho que los procesos oncológicos constituyan una de las principales causas de muerte en nuestro medio, fundamentalmente aquellos tumores cuya incidencia se incrementa de forma espectacular con el envejecimiento de la población, tal y como ocurre con el carcinoma de próstata.

La necesidad de lograr un método que nos permita una detección precoz de los procesos, descubriéndolos en el período de latencia o asintomático, y con ello lograr incidir favorablemente en el pronóstico no es una idea nueva. Ya en la década de los cincuenta se empieza a recomendar el tacto rectal anual para lograr una detección precoz del cáncer de próstata, considerándose por algunos autores entonces que la induración prostática podría constituir una fase avanzada del proceso, por lo que se rechazó como prueba única para el diagnóstico precoz. Algo similar ocurrió con el cáncer de

mama y de cérvix uterino, en los que, tras múltiples controversias, en la actualidad las mamografías y citologías se aceptan como pruebas de screening.

El adenocarcinoma de próstata constituye un problema de Salud Pública de primer orden, situándose la tasa de mortalidad entorno al 18,1 por cada 100.000 habitantes y año, lo que supone unos 7.200 varones en un año (1). En España, la mortalidad por este cáncer experimentó un leve pero mantenido aumento entre los años 1951 y 1970 (3,32% anual); desde entonces hasta mediados de los ochenta la mortalidad se estabiliza (2). Extrapolando datos de Walsh a nuestro país, se calcula que se diagnostica un nuevo caso de carcinoma de próstata cada 18-20 minutos y se produce una muerte cada 90-100 minutos (1).

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en el varón, suponiendo el 23% de todos los cánceres diagnosticados en hombres y el segundo tras el de pulmón en importancia respecto a las muertes por cáncer (1, 3).

## 2. MÉTODO DE TRABAJO

La utilidad del cribado del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico (PSA) se ha analizado siguiendo el método recomendado por la US Preventive Services Task Force (4). En primer lugar, se evalúa la importancia del problema en términos de prevalencia e incidencia de la enfermedad. Como toda prueba de cribado, es indefectible valorar, seguidamente, la validez de la prueba diagnóstica; es decir, la sensibilidad, especificidad y valor predictivo.

Por último, hay que comprobar la eficacia de la detección precoz y de la reducción del riesgo. Esta condición valora el beneficio del diagnóstico y tratamiento en la fase asintomática del cáncer de próstata frente al realizado cuando ya han aparecido los síntomas.

Para evaluar el PSA como prueba de cribado se han analizado las recomendaciones de los diversos organismos y los artículos de revisión más importantes publicados.

El objetivo del cribado del cáncer de próstata es el paciente asintomático, o aparentemente sano;

obviamente si presenta síntomas las consideraciones realizadas en este trabajo no son validas.

### 3. VALIDEZ DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO

El principal problema que nos encontramos al calcular la validez de las pruebas de cribado del cáncer de próstata es que no podemos determinar con certeza la sensibilidad y especificidad debido a las limitaciones éticas que plantea el realizar una biopsia de próstata en pacientes con resultados negativos en las pruebas de cribado. Como resultado no podemos conocer el número de falsos negativos ni verdaderos negativos lo que impide calcular apropiadamente la sensibilidad y la especificidad. Sólo es posible estimar con cierta seguridad el VPP(3).

Tradicionalmente, el tacto rectal ha sido la prueba de cribado más utilizada par el cáncer de próstata. Sin embargo, La sensibilidad del tacto rectal está bastante limitada por dos causas principales: el dedo explorador sólo palpa la superficie posterior y lateral de la glándula, con lo cual aquellos tumores que aparecen en otra zona no se detectan, y, por definición los tumores en estadio A no son palpables.

Los distintos estudios realizados para calcular la sensibilidad nos dan resultados bastante dispares: algunos estiman la sensibilidad en torno a un 33% mientras que otros

la estiman entre el 55% y el 68%. La especificidad del tacto rectal también es bastante limitada, con una proporción de falsos positivos que puede llegar a ser mayor del 10%. El valor predictivo positivo en varones asintomáticos es del 6 al 33%. En resumen, la baja sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de la exploración rectal digital la invalida como prueba de screening (4 y 5).

La posibilidad de disponer de una prueba fácil de obtener, menos molesta para el paciente que el tacto rectal y con un coste aceptable ha hecho que, inicialmente, se tuvieran grandes expectativas para el PSA. El PSA es una glicoproteína que se produce en el epitelio secretor de la glándula prostática. A diferencia de la fosfatasa ácida prostática, el PSA tiene especificidad prostática y no se detecta en otros tejidos. Sin embargo, no es un marcador tumoral específico de cáncer porque se detectan incrementos séricos del PSA en la hiperplasia benigna de próstata, en la prostatitis, en el infarto prostático y en la instrumentación (biopsia o cirugía de próstata y citoscopia). Consideramos niveles normales de PSA en suero hasta la cifra de 4ngr/ml. Valores por encima de 4ngr/ml ya se consideran valores anormales de PSA.

La mayoría de los estudios cifran la sensibilidad del PSA en un 78,7% por término medio, y la especificidad en un 66,7%, aunque estos

resultados son muy variables (recordemos la imposibilidad de saber el número de verdaderos negativos y falsos negativos). Los resultados falsos positivos debido a la presencia de hipertrofia benigna de próstata o prostatitis son comunes. Existe entre un 24% a un 26% de varones con hipertrofia benigna de próstata y niveles elevados de PSA.

La American Cancer Society estima en un 2,4% la prevalencia de cáncer de próstata en población asintomática. Con estas cifras el VPP del PSA oscila entre el 28% y el 35%, lo que significa que aproximadamente 1/3 de los varones con niveles de PSA mayores de 4ngr/ml tendrán, efectivamente, cáncer de próstata en la biopsia (3).

Ante estos resultados se han propuesto varias técnicas para aumentar la validez de las pruebas de cribado con el PSA. El método más efectivo para aumentar el VPP es combinar el PSA con otras pruebas de cribado, en concreto el hecho de combinar los niveles anormales del PSA con una exploración rectal digital anormal eleva el VPP al 49%(4). Otros estudios proponen la utilización de la densidad del PSA (DPSA). La DPSA se define como la concentración del PSA dividida por el volumen de la glándula determinada mediante ecografía transrectal. De esta forma, una densidad de PSA mayor de 0,15 ngr/ml puede predecir más riesgo de cáncer (4). También el ritmo de cambio (velocidad del PSA) puede ser

según otro estudio un indicador más fiel de la presencia de cáncer de próstata que los niveles en suero del PSA. Así, un incremento de 0,75% ngr/ml o mayor por año tiene una especificidad publicada del 90%(4).

Otro estudio propone la utilización de la combinación de los niveles séricos del PSA (PSA-T) con el índice L/T. El índice L/T se obtiene de calcular el PSA que se encuentra libre y dividirlo por el PSA en su totalidad (el PSA se encuentra en suero de dos formas: una parte unida a la alfa antitripsina formando complejos estables y otra parte en estado libre) Mediante este estudio realizado se comprobó que la combinación del PSA-T con el índice L/T ( $\leq 0,14$ ) aumenta la especificidad en un 38,6 % con respecto a la determinación exclusiva del PSA-T(6).

#### **4. EFICACIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ**

El cribado y el tratamiento para detectar precozmente y tratar una enfermedad debe mejorar la probabilidad de obtener resultados finales favorables en salud (p.ej. morbilidad o mortalidad específica) comparados con el tratamiento de pacientes cuando se presentan signos o síntomas de la enfermedad.

Las evidencias acerca de si el diagnóstico precoz y el tratamiento reducen la morbi-mortalidad son directas, derivadas de estudios epi-

demiológicos, o indirectas, derivadas de los estudios de supervivencia, de la eficacia del tratamiento o de la aplicación de modelos teóricos.

Las Evidencias directas son muy limitadas en la actualidad. No se encuentran evidencias grado I (ensayos clínicos) que indiquen que la detección precoz mejora el resultado final. Se encuentran en curso en EEUU y Europa ensayos clínicos controlados aleatorizados de cribado mediante tacto rectal y PSA, aunque sus resultados no estarán disponibles hasta dentro de cinco años aproximadamente (3).

Las evidencias grado II (obtenidas de estudios analíticos bien diseñados de cohortes o de casos y controles, con preferencia de más de un centro o grupo de investigación) son escasas. En un estudio de casos y controles se encontraron pocas pruebas que indicaran que el cribado mediante tacto rectal previene la enfermedad metastásica (3).

A falta de evidencias directas, las recomendaciones hasta que dispongamos de los resultados de los estudios citados, dependerán de las evidencias indirectas a favor o en contra. La supervivencia es más prolongada en personas diagnosticadas con enfermedad en estadio inicial; del 87% a cinco años para tumores en estadio A (no palpables), del 81% en el estadio B (cáncer palpable limitado al órgano),

del 64% para el estadio C (penetración extracapsular local) y del 30% en estadio D (metástasis). (3). Pero no se sabe hasta qué punto se explican las diferencias observadas en las tasas de supervivencia, debido a los sesgos de diagnóstico adelantado en el tiempo y sesgo de duración de la enfermedad.

No se ha comprobado la efectividad de los tratamientos disponibles. Con frecuencia la enfermedad en estadio B y C es incurable y aún es incierta la efectividad del tratamiento en estadio B. El único ensayo clínico controlado aleatorizado de la terapia del cáncer de próstata que comparó prostatectomía radical con el tratamiento expectante, no señaló diferencias en las tasas de incidencia acumulada en más de quince años, pero el estudio se llevó a cabo en la década de los setenta y adoleció de varios errores de diseño (3). Se han iniciado en EE.UU. y Europa ensayos clínicos controlados aleatorizados para valorar la eficacia de los tratamientos actuales para la enfermedad inicial, pero no se espera disponer de los datos hasta dentro de cinco o diez años.

Algunos estudios observacionales sugieren que la supervivencia por cáncer de próstata en estadiaje inicial puede ser buena incluso sin tratamiento (3). Además, son importantes las incertidumbres sobre la efectividad del diagnósticos y tratamiento por sus complicaciones potencialmente serias: In-



fecciones de la biopsia con (0'3-5%); mortalidad quirúrgica (0'2-2%), impotencia (20-85%), incontinencia (2-27%) estenosis uretral (10-18 %), de la prostatectomía radical (3).

Análisis de decisión recientes han contrastado los resultados de los beneficios y daños para predecir si el tratamiento precoz mejora la supervivencia. Un análisis de decisión en varones de 60 a 75 años concluyó que, en la mayor parte de los cánceres de próstata localizados clínicamente, ni la cirugía ni la radioterapia mejoraron significativamente la esperanza de vida (3). Los análisis retrospectivos de la calidad de vida señalan hallazgos similares y describen como los varones sometidos a prostatectomía radical o radioterapia por cáncer de próstata localizado, por lo general, comentan una calidad de vida menor, debida al deterioro de funciones sexual, urinaria e intestinal, que los no tratados. (3)

## 5. RECOMENDACIONES DE OTROS ORGANISMOS

**5.1. RECOMENDACIONES DEL PAPPS** (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).

No existe evidencia científica para recomendar el cribado sistemático del cáncer de próstata en las personas asintomáticas. A los

pacientes que soliciten cualquiera de las pruebas de cribado se les deberá proporcionar información rigurosa sobretodo el proceso que podría iniciarse a partir de la primera prueba.

Sería recomendable el estudio adecuado a todo paciente con sintomatología urinaria susceptible de cáncer de próstata para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado en los estadios iniciales en que el pronóstico de la enfermedad mejora (7).

### 5.2. RECOMENDACIONES DE SOCIEDADES INTERNACIONALES

La American Cancer Society recomienda la exploración rectal digital anual a partir de los 40 años. Sugiere que la determinación del PSA sérico se debería hacer a partir de los 50 años y anualmente; incluso en aquellos varones de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata y en los hombres afroamericanos se recomienda el cribado con PSA a partir de los 40. Recomendaciones similares hacen la American Urologic Association y el American College of Radiology.

La Canadian Task Force on de Periodic Health Examination recomienda no usar sistemáticamente el PSA como parte del examen periódico de salud. La British Columbia Office of Technology Assessment y la International Union Against Cancer también hacen recomendaciones similares.

La U.S Preventive Services Task Force no recomienda el cribado sistemático para cáncer de próstata mediante la exploración rectal digital ni mediante la medición del PSA sérico. Los pacientes que soliciten cualquiera de las pruebas de screening deben recibir información objetiva sobre los posibles beneficios y riesgos de la detección y el tratamiento precoces.

## 6. CONCLUSIONES

Concluimos que no es recomendable el cribado sistemático para el cáncer de próstata mediante el tacto rectal y la determinación del PSA por las siguientes razones:

1. A pesar de ser la segunda causa de muerte por cáncer en el varón, el cáncer de próstata es una causa relativamente poco importante de mortalidad prematura. (1)
2. Las pruebas de cribado (tacto rectal y PSA) no son lo suficientemente específicas, sensibles, y no poseen un valor predictivo positivo que las validen como pruebas de screening.
3. Los estudios de seguimiento indican que la mayor parte de cánceres de próstata crecen con lentitud durante muchos años, por consiguiente muchos varones con cáncer de próstata inicial morirán por otras causas antes que su cáncer sea clínicamente evidente. Teniendo en cuenta que no se dispone de

un medio para diferenciar definitivamente entre cánceres indolentes y progresivos, es probable que el cribado amplio detecte una gran proporción de cánceres cuyo efecto en la morbilidad y mortalidad futura es incierto. (3).

4. Las evidencias científicas directas sobre la eficacia del cribado y tratamiento precoz son limitadas. Es preciso esperar las conclusiones finales de los dos grandes ensa-

yos clínicos con PSA que en la actualidad se están llevando a cabo en América del Norte y Europa.

5. No se ha comprobado la efectividad de los tratamientos disponibles. Además el tratamiento agresivo de cánceres detectados mediante cribado expondrá a miles de varones al riesgo de efectos secundarios, sin una evidencia de beneficio.
6. El cribado del cáncer de próstata, plantea una serie de proble-

mas éticos al existir la posibilidad de producir al paciente mayores daños que beneficios (p. ej. inconvenientes de las pruebas y ansiedad generada al paciente ante el resultado positivo).

7. Los recursos dedicados a programas de cribado caros de efectividad incierta pueden acaparar tiempo, personal y dinero necesarios para otras actividades de atención primaria más efectivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **C. de Blas y Fernández Gómez, J.** Utilidad del antígeno prostático específico como técnica de screening para la detección del cáncer de próstata. *Medifam*, 1995; 3: 117-123.
2. **Cayuela Domínguez, A.** Mortalidad por cáncer de próstata. *Oncología*, 1996; 19: 323-328.
3. **Buitrago F, Vergeles- Blanca J.M.** Utilidad del Antígeno prostático específico en el cribado de cáncer de próstata. *FMC*. 1996; 18:265-270.
4. **U.S. Preventive Services Task Force.** Guía de Medicina Clínica Preventiva. Barcelona, De. Medical Trends, 1998.
5. **Caicoya M.** Screening de cáncer de próstata. *Rev.Clin.Esp.* 1994; 194: 1034-1042.
6. **Enguídanos M<sup>º</sup>J, Sanz S, Llopis, Benedito L.** Determinación en suero del PSA libre y total mediante un ensayo automatizado de quimioluminiscencia. Su utilidad en el diagnóstico de cáncer de próstata. *Rev.Diagn.Biol.* 1996; 45: 169-173.
7. **Alonso Gordo J.M, et al.** Prevención del cáncer de próstata. *Aten Primaria* 1999; 24: 91-92.



# CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Francisco Beneyto Castelló\*; José M.<sup>a</sup> Moreno Arroyo\*; Joaquín Navarro Badenes\*\*;  
Juan Manuel García Torán\*; Lorenzo Pascual López

\* C.S. Manises; \*\* C.S. Alberique

## INTRODUCCIÓN: SITUACIÓN ACTUAL

En los últimos años se vienen produciendo discusiones sobre la calidad y los costes que supone la asistencia sanitaria a todos los niveles. Así pues, es lógico valorar las diferentes competencias que pueden desarrollarse, razonablemente y con garantía, en cada nivel asistencial y por cada profesional para la resolución de los problemas de salud de los pacientes. Una de esas competencias rescatada de las viejas habilidades de los médicos de cabecera, y que se nutre de tecnología sencilla, es la Cirugía Menor.

"La Cirugía Menor (CM) incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas"(1)

Estas intervenciones pueden dar respuesta a demandas frecuentes, urgentes o no, en las consultas de atención Primaria, que en nuestro medio son derivadas generalmente

a la Atención Especializada. Ello conllevaría:

- proporcionar al usuario un servicio más rápido (sin lista de espera) y accesible (sin necesidad de desplazamientos).
- aumentar la capacidad resolutive de los profesionales de AP.
- mejorar la eficiencia de la prestación sanitaria.

La práctica de la CM en el ámbito de la AP está muy desarrollada en los países anglosajones, en el Reino Unido desde la entrada en vigor, en 1990, del New Contract for General Practitioners (2), en EE.UU. y Canadá tradicionalmente, etc. Asimismo en otros países europeos como Holanda o Suecia, la CM es una practica habitual en AP.

En nuestro país, la CM se encuentra expresamente incluida como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de la Atención Primaria desde 1995 (3).

El Ministerio de Sanidad ha impulsado, desde 1997, esta actividad en el ámbito de la AP en base a los beneficios que aporta (según la propia Subdirección Gral de AP): acerca los recursos a la población, aumenta el nivel resolutivo de la AP contribuyendo a disminuir la lista

de espera en el nivel especializado, favorece el desarrollo profesional de los médicos de AP

En los últimos años ha habido un incremento espectacular de la CM en AP. Según datos facilitados recientemente (Congreso de la SEMFYC, Tenerife, Dic-99) por el Dr. Javier Dodero, Subdirector Gral de AP del Instituto Nacional Salud, en el territorio INSALUD en 1997 se realizaron 5.217 intervenciones de CM en 118 Centros de AP, en 1998 fueron aproximadamente 15.000 intervenciones (participaron 339 EAP), y en 1999 se incluyó la CM en AP en la cartera de servicios del INSALUD (servicio nº 317) llegando a realizar aproximadamente 50.000 intervenciones, ofertadas por 634 EAP. Al menos un EAP, por Área de Salud, oferta actualmente la CM.

En la mayoría de las Autonomías del Estado Español se practica, con distinta implantación, la CM en los centros de salud: Andalucía, Navarra, País Vasco, Baleares, etc....

En la Comunidad Valenciana la práctica de la CM no está incorporada de manera sistemática a la Atención Primaria. En algunos Centros de Salud se realizan esporádicamente intervenciones.

La falta de generalización de esta práctica en AP en la Comunidad Valenciana podría estar motivada por los siguientes factores:

- falta de claridad, por parte de la Administración Sanitaria, en cuanto a inclusión de la CM en la cartera de servicios de AP, responsabilidad legal etc...
- carencia o inadecuación de medios, material o espacio físico para llevar a cabo esta actividad.
- falta de vías normalizadas de acceso a Anatomía Patológica y apoyo diagnóstico y técnico suficiente por parte de las especialidades implicadas (Cirugía y Dermatología).
- en muchas ocasiones, aunque no de forma generalizada, poco interés de los profesionales, en asumir la CM., debido a motivos que mas adelante se exponen.

### ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA PRÁCTICA DE CM EN AP

En nuestro país, como ya hemos dicho, la CM se encuentra expresamente incluida como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Atención Primaria desde 1995 (3).

Desde el punto de vista legal:

- El título de Licenciado en Medicina y Cirugía legitima oficialmente al médico general para la práctica de la CM.
- El programa MIR en Medicina de Familia y Comunitaria, incluye explícitamente el entrenamiento en CM entre sus contenidos. (4)

- La Orden del Ministerio de la Gobernación de 26 de noviembre de 1945 (Estatutos de Practicantes, Matronas y Enfermeras), habilita a los Practicantes "para realizar, con las indicaciones o vigilancia médica, para el ejercicio de la CM", no habiendo sido derogadas estas funciones por las modificaciones posteriores de la titulación (ATS, DUE).

A pesar de lo anterior, es necesario recordar que, para evitar situaciones de desamparo legal, se deberían tener en cuenta una serie de requisitos previos a la realización de cualquier procedimiento quirúrgico en AP:

- requisitos administrativos: nuestra legislación (Ley General de Sanidad, Art. 10) exige al médico informar adecuadamente al paciente de la intervención propuesta y de sus alternativas, así como solicitar el consentimiento para la misma.

La no realización de este trámite puede conllevar por tanto una infracción administrativa con la correspondiente sanción.

- requisitos técnicos: independientemente de los temas administrativos, que hay que cumplir, no hay que olvidar que la buena práctica y la excelencia clínica basada en la Lex Artis es fundamental en todo acto quirúrgico y es lo que se pondría "en tela de juicio", en el caso de una hipotética denuncia.

### VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA PRÁCTICA DE LA CM EN AP.

Muchas son las ventajas e inconvenientes que distintos autores sugieren en la práctica de la CM en AP, dependiendo su trascendencia, en gran medida, de quien juzga la actividad (médicos de AP, dermatólogos, etc.)

La inclusión de la CM en la oferta de servicios del Centro de Salud conlleva importantes **ventajas** para pacientes, profesionales y propio sistema sanitario:

#### para el usuario

- servicio rápido (intervención sin demora), accesible y adecuado a las necesidades del paciente
- atención integrada: familiaridad con el ámbito sanitario y los profesionales que realizan el procedimiento (centro, médicos y enfermeras conocidos)
- se evitan citas y desplazamientos innecesarios, con ahorro de gastos directos.

#### para el profesional

- ampliación de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas
- resultados clínicamente satisfactorios, muy baja incidencia de infección o complicación (5) (6) (7) (8)
- refuerzo de la relación médico-paciente
- de forma anecdótica, como ha dicho Jay Siwek, editor de la revista American Family Physician, es una actividad amena y profesionalmente gratificante.



### para el sistema sanitario

– buena aceptación por parte de los usuarios

– aunque este aspecto no está suficientemente contrastado, en opinión de algunos autores, se trata de una prestación sanitaria eficiente, buenos resultados con menor coste que las intervenciones hospitalarias. La practica de la CM en AP resulta menos costosa, es mas costo-efectiva (9) (10) (11) (12)

– actividad fácil de auditar externamente (resultados medibles)

– potencial reducción de listas de espera hospitalarias en determinadas patologías, liberando servicios especializados para técnicas sofisticadas. (13) (14), aunque no se han encontrado estudios concluyentes en este sentido.

Por otra parte, existen una serie de **inconvenientes** en la realización de este tipo de actividad en el ámbito de la AP. Así, Brenner (15) identifica tres puntos:

– Costo inicial del equipamiento y mantenimiento, de tiempo, de personal. (siempre hay otras prioridades en un CS)

– Posibilidad de abuso y sobreutilización de un sistema más accesible: todo incremento en oferta genera un incremento en demanda

– Aumento de niveles de responsabilidad (necesidad de pólizas de seguro, etc.)

En nuestra opinión y de acuerdo con Caballero (16) a estos inconvenientes habría que añadir otros, aplicables a nuestro entorno:

### para el usuario

– En determinados casos, percep-

ción de no acceso al mejor servicio posible (hospitalario) para el tratamiento demandado

### para el profesional

– Miedo a complicaciones o resultados insatisfactorios que actualmente son asumidos por el centro hospitalario dotado de mayores recursos (anestelistas, etc...)

– Consumo de tiempo extra de consulta.

– Necesidad de un entrenamiento adecuado ( poco accesible actualmente).

– Resistencia al cambio de la función profesional

– Exposición a reclamaciones médico-legales

– Necesidad de cobertura de pólizas de responsabilidad civil

– En un estudio que estamos llevando a cabo sobre la opinión de los médicos de AP sobre la CM, los motivos más esgrimidos para la no realización de CM son la falta de tiempo por sobrecarga asistencial y nulo reconocimiento asistencial y económico

### para el sistema sanitario

– Necesidad de coordinación entre niveles. Posible sobrecarga de ciertos servicios especializados (solicitudes de estudios histológicos, interconsultas a dermatología, etc.)

– Conflictos de competencia entre distintos especialistas

– Costes iniciales de equipamiento quirúrgico para múltiples centros de AP

– Posible sobreutilización de un sistema mas accesible, con indicación de cirugías innecesarias que no repercutirían en la disminución

de la demanda hospitalaria y originaria globalmente un aumento del gasto sanitario sin repercusión clara en la salud de la población.

## REQUISITOS PREVIOS AL INICIO DE UN PROGRAMA DE CM EN AP

### RECURSOS HUMANOS

– **competencia, capacidad y motivación:** obviamente es un factor clave, ya que el tipo de patología a intervenir etc..., depende fundamentalmente de la capacitación técnica y de los conocimientos diagnósticos del medico.

En nuestro medio, no existen instituciones que acrediten y reciclen la competencia de los médicos de AP en las diferentes técnicas de CM como las hay en los países anglosajones, donde es habitual la practica de CM en los centros de salud .

Actualmente, en la mayoría de los casos, el médico de atención primaria precisa un aprendizaje previo para la práctica de cirugía menor, existiendo ya una oferta docente, cada vez mas definida, a disposición de los médicos de AP: material bibliográfico, cursos prácticos de CM, rotaciones practicas en servicios quirúrgicos, formación continua en dermatología etc...

A pesar de lo anterior, la situación ideal y hacia la que hay que tender es a que la formación se inicie en el pregrado (incipiente en la actualidad), se complete durante la formación especializada con rotaciones y contenidos claramente especificados y se mantenga me-

dian­te la forma­ción con­tinua­da en la prác­ti­ca dia­ria.

– **sistema orga­ni­za­tivo** (18): depen­de­rá del nú­me­ro de mé­di­cos que prác­ti­ca­rán la CM de forma ru­ti­na­ria lo que de­fi­ni­rá el mo­de­lo orga­ni­za­tivo

– todos los mé­di­cos del cen­tro ofe­r­ta­n la CM

- mo­de­lo co­lec­tivo: cada mé­di­co atien­de la CM de su po­bla­ción ad­sc­ri­ta. Esta es la si­tuación ideal que muy rara­men­te se po­drá dar en los CS.

– solo uno o al­gu­nos mé­di­cos ofe­r­ta­n la CM

- mo­de­lo au­tó­no­mo: cada mé­di­co atien­de solo los pa­ci­en­tes pro­pios. Mo­de­lo poco deseable por­que entre otros inconve­nien­tes se rompe la uni­dad de la ofe­r­ta asis­ten­cial

- mo­de­lo de "lí­de­res qui­rúrgicos": los mé­di­cos que ofe­r­ta­n CM atien­den sus pa­ci­en­tes y los de sus com­pañeros del equi­po. Ello su­pone la de­ri­va­ción in­ter­na de pa­ci­en­tes para CM entre los mé­di­cos del EAP. Este mo­de­lo, además de ga­ran­ti­zar la equi­dad de la ofe­r­ta asis­ten­cial, per­mite el apren­di­za­je de los mé­di­cos me­nos en­tre­na­dos. Su ade­cuado fun­c­io­na­m­ien­to exi­ge un con­sen­so explí­ci­to a priori entre los mé­di­cos del cen­tro

#### RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

En CM no se pen­e­tra­n ca­vi­da­des cor­po­ra­les ce­rra­das, por lo que no pre­ci­sa de un qui­rú­fano con­ven­cio­

nal ni un en­to­rno es­té­ril. No obs­tan­te, se­ría con­ve­nien­te para un tra­ba­jo se­guro y sa­tis­fac­to­rio, dis­po­ner de un área qui­rúrgica des­ti­na­da a dicha ac­ti­vi­dad pro­vi­sta de todo el ma­te­ri­al ne­ce­sa­rio para las in­ter­ven­cio­nes.

Exis­ten di­ver­sas pu­bli­ca­cio­nes (17) (18) (19) que de­tal­lan tanto la es­truc­tu­ra fí­si­ca como los re­cu­r­so­es ma­te­ri­ales (in­stru­men­ta­l y ma­te­ri­al fun­gi­ble) im­pre­scin­di­bles para la rea­li­za­ción de téc­ni­cas de CM.

En este apor­ta­do no hay que ol­vi­dar dos pun­to­es fun­da­men­ta­les

– la ne­ce­si­dad de con­tar con un sis­te­ma de es­te­ri­li­za­ción de ma­te­ri­al ade­cuado, a ser po­si­ble su­per­vi­sa­do pe­ri­ó­di­ca­men­te por el ser­vi­cio de Med. Pre­ven­ti­va de re­fe­ren­cia.

– exis­ten­cia de ma­te­ri­al para RCP

#### RELACIÓN CON OTROS NIVELES ASISTENCIALES

Es im­pre­scin­di­ble la exis­ten­cia de co­la­bo­ra­ción es­tre­cha entre las es­pe­cia­li­da­des im­pli­ca­das en el pro­gra­ma: Cirugía, Der­ma­to­lo­gía y Ana­to­mía Pa­to­ló­gi­ca y, como mí­ni­mo, tener cla­ra­men­te de­fi­ni­dos los si­guien­tes pun­to­es:

– pa­to­lo­gías a in­ter­ve­nir  
 – pro­ce­di­mien­to­es de in­ter­con­sul­ta­tas (in­ter­con­sul­ta­tas docen­tes, etc..)  
 – vías de de­ri­va­ción y re­ce­pción de in­for­me­es de Anat. Pa­to­ló­gi­ca

#### DOCUMENTOS Y SISTEMAS DE REGISTRO

Un sis­te­ma de re­gis­tro con­ci­so y su­fi­cien­te es im­pre­scin­di­ble con fi­ne­es clí­ni­cos, evalua­do­res, docen­

tes y mé­di­co-­le­ga­les. Con el fin de mi­ni­mi­zar las ta­re­as bu­ro­crá­ti­cas, sin per­der de vi­sta lo an­te­rior, pro­ponemos uti­li­zar los si­guien­tes docu­men­to­es :

– His­to­ria Clí­ni­ca. En la que debe­rá con­star siem­pre:

- juicio dia­g­nos­ti­co del pro­ce­so que in­di­có el pro­ce­di­mien­to qui­rúrgico

- anam­ne­sis pre­ope­ra­to­ria y ho­ja de con­sen­ti­mien­to in­for­ma­do (fir­ma­do por el pa­ci­en­te o su re­pre­sen­ta­nte le­gal y por el mé­di­co).

- pro­ce­di­mien­to qui­rúrgico rea­li­za­do al pa­ci­en­te (téc­ni­ca de CM uti­li­za­da)

- uti­li­za­ción de anes­té­si­cos lo­ca­les

- plan de cui­da­do­es pos­to­pe­ra­to­rios

- re­su­lta­do del es­tu­dio ana­to­mo­pa­to­ló­gi­co

– Va­lo­ra­ción pre­ope­ra­to­ria

– Ho­ja de in­for­ma­ción al pa­ci­en­te

– Ho­ja de con­sen­ti­mien­to in­for­ma­do, para su fir­ma por el pa­ci­en­te o un re­spo­n­sa­ble le­gal del mis­mo y por el mé­di­co .

– Ho­ja de re­mi­si­ón de mues­tras a ana­to­mía pa­to­ló­gi­ca (mo­de­lo se­gún cen­tro de re­ce­pción de las mues­tras).

– Li­bro de ci­ta­cio­nes (úni­co para el cen­tro).

– Ho­ja de in­for­ma­ción pos­to­pe­ra­to­ria.

– Li­bro de re­gis­tro de in­ter­ven­cio­nes. Es ne­ce­sa­rio de­fi­nir al re­spo­n­sa­ble de a­no­tar los da­to­es des­pués de cada in­ter­ven­ción (mé­di­co o en­fer­me­ra)

## PRECAUCIONES PARA UNA CM SEGURA EN AP <sup>(18)</sup>

– No intervenir si el diagnóstico, la historia natural de la lesión o las opciones de tratamiento no están claras. Valorar la interconsulta-asesoría con el especialista correspondiente.

– Operar según la capacidad personal, garantizando:

- Entrenamiento técnico adecuado en el procedimiento
- Instrumental y ayudantes suficientes

– Informar completamente al paciente respecto a: diagnóstico, etiología y pronóstico del proceso, características de la intervención y sus alternativas, método de anestesia que se usará, complicaciones posibles y molestias esperables, etc...

– Obtener el consentimiento expreso del paciente

– No aplicar técnicas destructivas (electrodesección, etc.) sin diagnóstico de seguridad.

– Identificar las estructuras subcutáneas del campo quirúrgico. No cortar tejidos sin visión directa.

– Enviar todas las lesiones extirpadas para examen histológico (20), y garantizar la recepción de los informes anatomopatológicos.

– Garantizar un seguimiento postoperatorio adecuado.

## PATOLOGÍAS A INTERVENIR

Existen importantes controversias entre diferentes autores a la hora de definir que prácticas de CM sería aconsejable realizar en AP (21). Incluso en un estudio reciente, realizado en la Comunidad Valenciana, un 63.2% de los dermatólogos encuestados se mostraron contrarios a la realización de cualquier tipo de CM en AP (22).

En nuestra opinión, las indicaciones quirúrgicas asumibles por cada médico dependen de su nivel de conocimientos y de los medios disponibles y se debe tener siempre presente que en caso de duda el médico de AP debe abstenerse de intervenir y derivar al paciente. No obstante lo anterior, sería deseable la suficiente colaboración entre las especialidades implicadas y la exis-

tencia de un consenso sobre la patología a intervenir previo a la iniciación de un programa de CM.

## CONCLUSIÓN

Como conclusión, y, a pesar de las polémicas y las controversias surgidas entre profesionales de distintos niveles asistenciales, en la interpretación de los resultados de las experiencias en el campo de la CM en Atención Primaria, realizadas en nuestro país, creemos que esta actividad debería incorporarse en nuestra Comunidad a la práctica diaria en los centros de salud (no como actividad innovadora sino rescatada de las viejas actividades de los médicos de cabecera). No obstante, previamente, sería imprescindible una colaboración estrecha entre Atención Primaria y Atención Especializada para debatir y dar respuesta a temas tales como: posible acreditación formal de capacitación quirúrgica de los Médicos de Familia, catálogo de procesos y procedimientos apropiados en AP, criterios de derivación electiva, etc...

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Menon, NK.** Minor surgery in general practice. *The Practitioner* 1986;230:917-20.
2. **Department of Health and the Welsh Office.** General Practce in the National Service.A new contract. London HMSO, 1989.
3. **Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero.** Ordenación de prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad. (BOE nº 35 de fecha 10 de febrero de 1995).
4. **Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC.** Programa Docente de MFyC. Madrid. *Consejo Nacional de Especialidades Médicas, Ministerio de Sanidad y Consumo- Ministerio de Educación y Ciencia*
5. **Arribas JM et al.** Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med. Clin* 1996; 107: 772-5.
6. **Fernández JM, Pérez P, G<sup>a</sup> Cruces J, Paulino A, Lozano C.** Experiencia con la cirugía menor: seis meses de trabajo. *Centro de Salud* 1998; 464-6.
7. **Arribas JM, Rodríguez I, Mena JM, Martín S, Bru S, Villarroel J.** Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Atención Primaria* 1996; 17 (2): 142-46.
8. **Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams B.** Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993; 307: 413-17.
9. **O' Cathain A., Brazier J.E., Milner P.C., Fall M.** Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br.J.Gen Pract.* 1992;42:13-17
10. **Stuart J., Ridsdill R., Cantor t., Chesover D., Yearsley R.,** General practitioners as providers of minor surgery-- a succes story? . *Br.J.Gen Pract* 1997;47:205-210
11. **Arribas J.M.** Cirugía Menor y otros procedimientos en la consulta del Médico de Familia: factibilidad, coste-efectividad., *Ponencia del XIV Congreso Nacional de MFyC, 1994, Madrid.*
12. **Brown J.S.** Should general practitioners perform minor surgery? *Br. J. Hosp. Med* 1988;39:103.
13. **Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams B.** Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993; 307: 413-17.
14. **Foulkes A.** Minor surgery in general practice. *Brit. Med. J.* 1993;307:685.
15. **Bremmer C.** Minor surgery and procedural skills in family medicine in USA (Taller). *En libro de ponencias del XIV Congreso de la SEMFyC. Madrid 1994.*
16. **Caballero , Gómez O.** Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria (I) y (II) supl. FMC, 1994
17. **Arribas JM, Caballero F eds.** Manual de Cirugía Menor y otros procedimientos en la Consulta del Médico de Familia. Madrid: Jarpyo Editores. S.A., 1993; tomos I y II.
18. **Caballero, Gómez O.** Guía de la Cirugía Menor en AP: Área 6 Atención Primaria. Insalud -Madrid, 1999
19. **Parra A, Sada J, Urdános M<sup>aj</sup>.** Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud. Mayo 1997.
20. **Puras AM<sup>a</sup>.** Puntos de vista de la Sociedad Española de Anatomía Patológica en relación con la Cirugía Menor en Atención Primaria en. Ponencia a la Mesa Cirugía Menor en Atención Primaria. Congreso de la SEMFyC. Tenerife. Diciembre 1999.
21. **Urraca J, Ayuso R, Olasagasti C.** Cirugía Menor en el Centro de Salud. *Cuadernos de Gestión* 1995; (1): 165-74.
22. **Beneyto F, Lloret C, Navarro J.** Cirugía menor en Atención Primaria. Opinión de los Dermatólogos. Comunicación al XII Congreso de la SVMFyC .Alicante, junio 2000.



# PREVENCIÓN DE LA GASTROENTEROPATÍA INDUCIDA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

José Sanfélix Genovés; M.<sup>a</sup> José Esparza Pedrol<sup>\*\*</sup>; Begoña Reig Mollá<sup>\*\*\*</sup>

\* Médico de familia; \*\*Residente de 2.º año de Medicina de Familia; \*\*\*Residente de 3.er año de Medicina de Familia  
Centro de Salud de Nazaret, Valencia

## INTRODUCCIÓN

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se encuentran entre los fármacos más prescritos en todo el mundo. Son fármacos de extendido uso en el tratamiento de las enfermedades reumáticas, no solo en las enfermedades que presentan un componente esencialmente inflamatorio como las poliartritis, también, debido a su doble efecto analgésico y antiinflamatorio, en las enfermedades degenerativas, así como en el resfriado común, en la dismenorrea, en traumatismos, en cefaleas, etc<sup>1</sup>. Esto hace que sea un fármaco ampliamente demandado por los pacientes y utilizado por los médicos de familia. No obstante, no podemos desdeñar su potencial efecto negativo como consecuencia de su uso frecuente y sus efectos adversos, mayoritariamente debidos a la denominada gastroenteropatía inducida por AINE, que puede tener una expresión clínica muy diversa, en la que pueden incluirse desde síntomas dispépticos, hasta manifestaciones graves como la hemorragia o la perforación<sup>2</sup> (tabla 1).

El papel de los AINE en la mejora de la calidad de vida será pues la resultante de dos vectores, de una parte sus efectos beneficiosos al contribuir a mejorar el dolor y la inflamación del paciente reumático y, de otra, el efecto negativo que pueden tener como consecuencia de sus efectos adversos<sup>3</sup>.

Existe consenso generalizado sobre la necesidad de realizar prevención de efectos secundarios gastrointestinales graves en aquellos sujetos de riesgo que precisan terapia con AINE, pero existe cierta confusión en la práctica clínica de que fármaco utilizar y se observa una tendencia mayoritaria a utilizar alcalinos y antiseoretos, especialmente antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> (referencia 4). Los antiácidos y los anti H<sub>2</sub> pueden suprimir manifestaciones precoces que nos podrían alertar sobre efectos adversos para la retirada del AINE o cambio de terapia<sup>5</sup> y se ha señalado que los fármacos que contrarrestan la secreción ácida podrían representar una población de alto riesgo de complicaciones gastrointestinales relacionadas con el uso de AINEs<sup>6</sup>.

El objetivo del presente artículo

es contribuir, de forma breve y esquemática, a clarificar como evitar la gastropatía por AINE, a que pacientes debemos dar gastroprotección y con qué prevenirla.

## LOS NUEVOS AINES

La mayor parte de los AINEs disponibles hoy día inhiben la ciclooxigenasa 1 (COX-1) y la ciclooxigenasa 2 (COX-2) y con ella la síntesis de prostanglandinas y tromboxanos. Se piensa que la inhibición de la COX-2 media la acción antipirética, analgésica y antiinflamatoria y que la inhibición de la COX-1 ocasiona los efectos colaterales no deseados<sup>7</sup>. La mayor o menor afinidad por una u otra isoenzima determinaría la mayor o menor incidencia de efectos adversos gastrointestinales de los diferentes AINE<sup>8</sup>.

Teóricamente un AINE que inhibiera selectivamente la COX-2 no requeriría gastroprotección y por tanto, para evitar gastrolesividad, el utilizar otro AINE no selectivo solo estaría justificado por el precio o por el fracaso terapéutico. Esto introduce un nuevo elemento que hace indispensable que antes de

entrar en gastroprotección revisemos brevemente la situación actual de los inhibidores selectivos de la COX-2.

Los primeros precursores que mostraron una cierta selectividad fueron el meloxicam, la nabumetona y la nimesulida. Ninguno de estos antiinflamatorios ha mostrado ser suficientemente selectivo para presentar un perfil de efectos adversos diferente de los AINE convencionales<sup>9,10</sup>. El primer antiinflamatorio comercializado en España capaz de actuar selectivamente sobre la COX-2, sin afectar sustancialmente a la COX-1, ha sido el Rofecoxib y recientemente ha sido comercializado el Celecoxib. Distintas revisiones sobre el papel de los nuevos Coxibs concluyen en que han supuesto un avance<sup>11,12</sup>, no en cuanto a su potencia analgésica-antiinflamatoria, que es similar a la de los que disponíamos actualmente a dosis equipotentes, sino a su capacidad de menor daño gastrointestinal y de riesgo hemorrágico<sup>13</sup>. La reciente comercialización del Rofecoxib y el vertiginoso número de ventas ha alimentado, sin duda, la expresión de diferentes posturas respecto al verdadero papel que estos medicamentos deben ocupar en la práctica clínica.

La Sociedad Española de Reumatología con relación al Rofecoxib<sup>15</sup> y en base a los estudios disponibles no recomienda su uso indiscriminado y dado que se desconocen algunos aspectos de su uso: la relación coste/eficacia, los efectos adversos a largo plazo de la

inhibición selectiva de COX-2, y la mayor seguridad gastrointestinal con el uso crónico o extendido, recomienda su uso solo para pacientes con artrosis y de riesgo de desarrollar complicaciones graves intestinales:

- Historia de úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal
- Terapia concomitante con anticoagulantes y antiagregantes
- Terapia concomitante con corticoides orales
- Edad superior a 65 años, en particular, si concurren otros factores de riesgo.

Conviene tener en cuenta que solo la amplia utilización en condiciones clínicas reales permitirá aseverar los efectos beneficiosos previsibles a la vista de los ensayos clínicos disponibles, así como conocer los potenciales efectos adversos que con su uso masivo podrían salir a la luz. Los clínicos, como con cualquier fármaco de reciente comercialización deberemos estar atentos, especialmente si el uso del medicamento es prolongado y en pacientes pluripatológicos y/o polimedcados.

#### ¿A QUÉ PACIENTES DEBEMOS DAR GASTROPROTECCIÓN?

No a todos los pacientes que toman AINEs debemos prescribir fármacos gastroprotectores, debemos realizar una valoración de los factores de riesgo para considerar de manera individual quienes podrían beneficiarse del tratamiento profiláctico, a quien debemos prescribir un AINE no inhibidor

selectivo y a quien un AINE inhibidor selectivo de la COX-2. Ya hemos señalado las razones por las que se recomienda un inhibidor selectivo: en el caso de optar por la gastroprotección, la literatura médica<sup>14,16,17</sup> aporta evidencia científica de aumento de riesgo de úlcera gastroduodenal o complicaciones (hemorragia y/o perforación) en relación a factores dependientes del paciente (edad, antecedentes ulcerosos, tabaquismo, alcohol y enfermedad concomitante grave) y factores dependientes del tipo de tratamiento (tipo de AINE, dosis altas, asociaciones con otro AINE, corticoides o anticoagulantes) (tabla 2).

No queda aclarado que la existencia de infección por *Helicobacter pylori* aumente el riesgo de patología digestiva en pacientes que consumen AINEs, los resultados de los estudios son contradictorios<sup>20,21</sup>.

#### ¿QUÉ FÁRMACOS HAN DEMOSTRADO SER EFICACES EN LA PREVENCIÓN DE LA GASTROPATÍA POR AINE?

En prevención primaria (pacientes sin historia previa de úlcera) tan solo el omeprazol (20mg/día), el misoprostol (200mcg/6horas) y la famotidina (20mg/día para la úlcera duodenal y 40mg/día para la úlcera gástrica) han demostrado su eficacia en la profilaxis de la gastroenteropatía<sup>14,20</sup>.

Otros fármacos utilizados como el acexamato de Zinc a dosis de 300mg/día en dosis única nocturna solo han demostrado su eficacia en

la profilaxis de la úlcera gástrica y duodenal a corto plazo (1 mes). No existen estudios que valoren su eficacia a largo plazo<sup>27</sup>.

A pesar del extendido uso de la ranitidina, no hay ningún estudio que avale su utilización en la profilaxis de la úlcera gástrica en prevención primaria, si lo ha demostrado en la prevención de la úlcera duodenal<sup>28-30</sup>.

En **prevención secundaria** (pacientes con antecedentes de úlcera duodenal o gástrica), tanto los anti H<sub>2</sub> como el omeprazol han demostrado su eficacia en ambos tipos de úlcera, si bien, el omeprazol ha mostrado doble efecto protector que los antiH<sub>2</sub> (referencia 4). En el caso de la famotidina solo lo avala un estudio<sup>31</sup> y no alcanza significación estadística en el caso de la úlcera duodenal. Hawkey et al<sup>32</sup> en un reciente estudio han demostrado la utilidad del misoprostol a dosis de 200mcg/12 horas en la prevención de la úlcera recurrente en pacientes con artritis y en tratamiento con AINE.

En la **prevención de las complicaciones** (perforación y hemorragia), el estudio MUCOSA<sup>23</sup> demostró la eficacia del misoprostol. Ningún otro estudio avala de forma rigurosa la utilidad de los antiH<sub>2</sub> u

omeprazol. No obstante, hay dos estudios, uno observacional (solo abstract)<sup>33</sup> y otro abierto aleatorizado<sup>34</sup> que apoyan la utilidad del omeprazol. Deberíamos tener en cuenta que el estudio MUCOSA<sup>23</sup> también puso de manifiesto que es posible reducir las complicaciones de los AINEs con fármacos de probada eficacia en la profilaxis de la úlcera gástrica y duodenal<sup>4</sup>.

Otros medicamentos como el sucralfato han obtenido resultados poco alentadores<sup>35</sup>. La utilización de los antiácidos como gastroenteroprotectores se considera una práctica clínica no adecuada por no haber demostrado su utilidad y poder enmascarar síntomas de alarma<sup>2,6</sup>.

En la mayor parte de los estudios con misoprostol los pacientes tratados tienen más dolor abdominal y/o diarrea que los controles, tienen menos úlcera y menos complicaciones pero se encuentran subjetivamente peor<sup>36</sup>, lo que dificulta el cumplimiento del tratamiento.

## RECOMENDACIONES

### GENERALES

- Utilización de AINEs en sus indicaciones. Evitar la sobremedicación.
- Utilizar los menos gastrolesivos.

- Emplear la mínima dosis necesaria.
- Evitar su uso crónico si no es imprescindible.
- Evitar el uso combinado:
  - varios AINEs
  - AINE + corticoide (en caso de necesidad utilizar los coxibs)
  - AINE + anticoagulante o antiagregantes (en caso de necesidad utilizar los coxibs).
- Utilizar los AINEs más costoefectivos.
- Valorar el **coste clínico** y económico de realizar o no gastroprotección y de utilizar uno u otro AINE.
- Considerar, con rigor, el importante papel que pueden jugar los nuevos coxibs.
- En caso de optar por gastroprotección, recordar que el misoprostol y el omeprazol son los que cuentan con más evidencia.
- No utilizar alcalinos, ni sucralfato.
- Valorar las interacciones y efectos adversos del fármaco elegido como gastroprotector.
- Utilizar la "tarjeta amarilla" para la notificación de los efectos adversos, sobre todo los nuevos.

**Tabla 1: RELEVANCIA DE LA GASTROPATÍA CON LA TOMA DE AINES**

- Un 25% de los consumidores de AINES presentan RAM.
- El 10-30% de los pacientes desarrollan úlcera péptica en un período de 6 meses.
- El riesgo de padecer hemorragia digestiva se multiplica por 4-5.
- El 60% de los pacientes que ingresan en el hospital con hemorragia digestiva han tomado recientemente AINE.
- El riesgo de perforación se multiplica por 4-6 veces.
- Otras lesiones como la afectación de la mucosa del esófago, intestino delgado o intestino grueso aunque menos estudiadas están siendo descritas cada vez con mayor frecuencia.

**RAM:** Reacción adversa al medicamento. **AINE:** Antiinflamatorios no esteroideos.

Extraída de: Lanas Arbeloa, A.; Lorente Pérez. Prevención de la gastroenteropatía por antiinflamatorios no esteroideos. *Medicine* 1999; 7 (119): 5587-5593.

**Tabla 2: FACTORES DE RIESGO DE GASTROENTEROPATÍA POR AINES<sup>2,4,16-19</sup>**

FACTORES DE RIESGO	(OR)
Historia ulcerosa previa	6,1
Complicaciones ulcerosas previas	13,3
Dosis altas de AINES	7,0
Asociación de AINES con corticoides	10,6
Asociación de varios AINES	9,0
Asociación de AINES con anticoagulantes	-
Edad 60-79 años	3,0
Edad > 79 años	4,9
Enf. cardiovascular o enf. Concomitante grave	-
Tabaco	1,6
Alcohol	1,8

**AINES:** Antiinflamatorios no esteroideos. **OR:** Odds ratio.

**Tabla 3: FÁRMACOS ÚTILES EN LA PREVENCIÓN DE LA GASTROENTEROPATÍA POR AINES<sup>4,23-34</sup>**

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		COMPLICACIONES (DOSIS)
U. Gástrica (dosis)	U. Duodenal (dosis)	U. Gástrica (dosis)	U. Duodenal (dosis)	
FAMOTIDINA (40 mg/12h)	FAMOTIDINA (20 mg/12h)	FAMOTIDINA (40 mg/12h)	FAMOTIDINA (20 mg/12h)	
	RANITIDINA (150/12h-300 mg/24 h)		RANITIDINA (150/12h-300 mg/24 h)	
OMEPRAZOL (20 mg/24h)		OMEPRAZOL (20 mg/24h)		OMEPRAZOL (20 mg/24h)
MISOPROSTOL (200 mg/6-12h)		MISOPROSTOL (200 mg/6-12h)		MISOPROSTOL 200 mg/6h)
ACEXAMATO DE ZINC (300 mg/24h)				

**AINES:** Antiinflamatorios no esteroideos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. **Delmas PD.** A review of the current use of anti-inflammatories. In: Nasution AR, Darmawan J, Isbagio H, editors. *Proceedings of the 7th APLAR Congress of Rheumatology*; 1992 Sep 13-18; Bali. Tokyo: Churchill Livingstone 1992:337.
2. **Lanas Arbeloa A, Lorente Pérez S.** Prevención de la gastroenteropatía por antiinflamatorios no esteroideos. *Medicine* 1999;7(119):5587-5593.
3. **Ariza Ariza R.** AINE y calidad de vida. *AINE* 1998; 2:32-36.
4. **Lanas A, Arroyo MT.** Fármacos antisecretores y profilaxis de los efectos secundarios gastrointestinales graves asociados al consumo de antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2000;114 (Supl 2):57-62.
5. **Singh G, Ramey DR, Morfeld D.** Gastrointestinal complications of non-steroidal anti-inflammatory drug treatment in rheumatoid arthritis: a prospective observational cohort study. *Arch Intern Med* 1996;156:1530-1536.
6. **Prevención de la Gastropatía por AINEs.** *Boletín Terapéutico Valenciano* abril 1997;11(2):5-8.
7. **Insel PA.** Analgésicos-antipiréticos y antiinflamatorios y fármacos antigotosos. En: Goodman A, editores. *Las bases farmacológicas de la terapéutica* (8ª ed. español). México; Mc Graw-Hill Companies Inc., 1996: 661-705.
8. **Mitchell JA.** Selectivity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs as inhibitors of constitutive and inducible cyclooxygenase. *Proc Natl Acad Sci*, 1994;90:1693-97.
9. **Los nuevos antiinflamatorios [revisión].** *Panorama Actual del Med* 1999;23(223):296-302.
10. **Sánchez Rosado MA, López Caro JC, Fernández Bravo JM.** Inhibición selectiva de la COX-2: ¿es ya una realidad? *Rheuma* 1998; 40-49.
11. **Beejay U, Wolfe MM.** Cyclooxygenase 2 selective inhibitors: panacea or flash in the pan? *Gastroenterology* 1999;117:1002-1005.
12. **Peterson WL, Cryer B.** Cox-1-sparing NSAIDs- is the enthusiasm justified? *JAMA* 1999; 282:1961-63.
13. **Hawkey C.** Cox-2 specific inhibitors. *Lancet* 1999;353:307-314.
14. **COX-2 round-up.** Disponible en: URL: <http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/band75/b75-2.html>
15. **Uso racional de Rofecoxib.** Sociedad Española de Reumatología. Disponible en: URL: <http://www.ser.es/pacientes/rofecoxib.html>.
16. **García LA, Jick H.** Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994;343:769-772.
17. **Piper JM, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR.** Corticosteroid use and peptic ulcer disease role of non steroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991; 114:735-740.
18. **Hansen Jm, Hallas J.** Nonsteroidal antiinflammatory drugs and ulcer complications: a risk factor analysis for clinical decision-making. *Scand J Gastroenterology* 1996; 31:126-130.
19. **Metola Gómez M, Orueta Sánchez R, Rodríguez Alcalá J.** Situación actual de la prevención de la gastropatía por AINE. *Medifam* 1999;9:280-289.
20. **Malfer Theiner P, Labenz J.** Does Helicobacter pilory affect nonsteroidal antinflammatory dru associated gastroduodenal pathology? *Am J Med* 1998; 1104:35-40.
21. **Rodes J, Chantar C.** Profilaxis primaria y tratamiento de las lesiones gastroduodenales inducidas por antiinflamatorios no esteroideos. *Actualización en Gastroenterología y Hepatología* 1995;18:85-89.

22. **Boixeda D, Gisbert JP, Cantón R.** Helicobacter pylori. úlcera gástrica y antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 1996; 106:209-212.
23. **Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, Davies HW, Struthers BJ, Bittman RM et al.** Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal antiinflammatory drugs. A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1995;123:241-249.
24. **Taha AS, Hudson N, Hawkey CJ, Swanell AJ, Trye PN, Cottrell J et al.** Famotidine for the prevention of gastric and duodenal ulcers caused by nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1996;334:1435-1439.
25. **Ekström P, Carling L, Wetterhus S .** Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving continuous nonsteroidal antiinflammatory drug therapy. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:753-758.
26. **Cullen D, Bardhan KD, Eisner M, Kogut DG, Peacock RA, Thompson JM, Hawkey Cj.** Primary gastroduodenal prophylaxis with omeprazole for non-steroidal antiinflammatory drug users. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12:134-140.
27. **Rodríguez de la Serna A, Díaz-Rubio M.** Multicenter clinical trial of Zinc acexamate in the prevention of nonsteroidal antiinflammatory drug induced gastroenteropathy. *J Rheumatol* 1994;21:927-933.
28. **Robinsons M, Mills RJ, Euler AR.** Ranitidine prevents duodenal ulcers associated with non-steroidal anti-inflammatory drug therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 1991;5:143-140.
29. **Ten Wolde S, dykmans BA, Janssen M, Hermans J, Lamers Cb.** High-dose ranitidine for the prevention of recurrent peptic ulcer disease in rheumatoid arthritis patients taking NSAIDs. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10(3):347-351.
30. **Ehsanullah RS, Page MC, Tildesley G, Wood JR.** Prevention of gastroduodenal damage induced by non-steroidal antiinflammatory drugs: controlled trial of ranitidine. *Br Med J* 1988;297:1017-1021.
31. **Hudson N, Taha AS, Russell RI, Trye P, Cotrell J, Mann Sg et al.** Famotidine for healing and maintenance in nonsteroidal antiinflammatory drug associated gastroduodenal ulceration. *Gastroenterology* 1997; 112:1817-1822.
32. **Hawkey CJ, Karrasch JA, Szczepañski.** Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N engl J Med* 1998;338:727-34.
33. **The Emphasis Study Group.** Omeprazole in the long-term prevention of aspirin and NSAID-induced upper gastrointestinal complications in high risk patients [resumen]. *Gastroenterology* 1999;116:G1397.
34. **Chan FKL, Sung JY, Suen R, Lee YT, Leung WK, Leung VKS et al.** Eradication of H. Pylori versus maintenance acid suppression to prevent recurrent ulcer hemorrhage in high risk NSAID users: a prospective randomized study. *Gastroenterology* 1998; 116: G356.
35. **Gudjonsson H, Oddsson E, Thjodleifsson B.** Does sucralfate prevent short-term NSAID induced damage to the gastroduodenal mucosa?. *Digestion* 1994;55:395-398.
36. **Monés J.** Aine y Gastroprotección. *Actualidades en Gastroprotección* 2000;14:1-14

## “¡QUE BUENA PERSONA ES USTED, DOCTOR!” (II)

Manuel Pineda Cuenca\*; Rosa M.<sup>a</sup> Ortega Ruiz\*\*; Inmaculada Garay Reyes\*\*; Elena Compañ Poveda\*\*

\* Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Alicante

\*\* Médico Psiquiatra Centro Dr. Esquerdo, San Juan (Alicante)

\*\*\* Terapeutas familiares de la Unidad de Atención a la Familia del Centro "Dr. Esquerdo", San Juan (Alicante)  
e-mail de contacto: pineda\_man@gva.es

No sabemos cuántos casos como el que aquí exponemos, habrán pasado por sus manos. Pero suponemos que en más de una ocasión se habrá planteado la siguiente pregunta: "¿Qué hago con ella?".

Muchas veces, es difícil hacer una valoración priorizada de las múltiples demandas del paciente, sobre todo cuando éstas provienen de frentes tan diferentes como el malestar físico, los problemas laborales de algún miembro familiar, aspectos de relación con los hijos, o toma de decisiones en lo referente al quehacer cotidiano del hogar...

Por si fuera poco, el paciente puede darle más importancia a aspectos que no son los puramente somáticos, mientras seguimos insistiendo en la hora concreta a la que le aparece la molestia...

No resulta sencillo dar una respuesta adecuada que englobe a todos los factores que contribuyen directa o indirectamente al mantenimiento de los síntomas.

¿Es posible hacer algo más que escuchar las demandas del paciente, extraer de su discurso la sintomatología somática y recetar un tratamiento farmacológico a las mismas?

¿Cómo puede darse una respuesta de manera ordenada y unificada?

A partir de este momento, la situación del médico es algo comprometida, sobre todo si tenemos en cuenta la limitación de tiempo en la consulta.

En el presente artículo, mostramos un caso que invita a la reflexión sobre las posibles alternativas a este problema de la práctica clínica diaria, y proponemos el abordaje familiar como recurso para tratar el síntoma (sin excluir su tratamiento farmacológico), desde una perspectiva diferente, que sea capaz de englobar las múltiples demandas desde la Atención Primaria de Salud.

Laura es una mujer de 48 años, que en la actualidad se dedica a las "faenas" de su casa. Cursó estudios de bachiller, y conserva el gusto por la lectura, pero ahora "no puedo".

Desde hace dos años su madre vive en su domicilio, y visita asiduamente al médico, para obtener las recetas de la medicación que su madre precisa.

Hace un año consultó por presentar mareos, de aparición brusca, que mejoraron inicialmente con el

tratamiento que su médico de cabecera le pautó. A partir de entonces se inicia un período de visitas programadas, para revisión, en donde la paciente deja patente su necesidad de ser escuchada.

Pero a los tres meses aproximadamente, sus mareos reaparecen, asociados esta vez a "un cansancio tremendo", y a otras "muchas cosas", que le impiden hacer "**lo que ella realmente debería hacer**".

La analítica practicada no reveló ninguna alteración significativa, y el hecho de encontrarse en la perimenopausia, no justificaba totalmente su sintomatología difusa e inespecífica.

Seis meses después, y debido a la persistencia de sus síntomas y de las visitas, el médico se plantea la cuestión anteriormente referida:

### ¿Qué hago con ella?

Su médico decide recabar la opinión del otorrino. La paciente acudió al otorrino, quien descartó la existencia de una patología orgánica en el área de su especialidad y sugirió una consulta con el neurólogo.

El neurólogo apuntó al estrés, como posible factor desencadenan-

te de la sintomatología, y consideró la conveniencia de una revisión por parte de Salud Mental.

Salud Mental diagnosticó a la paciente de "depresión enmascarada". Cuatro días después aparece nuevamente inscrita en la hoja de citas previas con la misma demanda, informando que el tratamiento prescrito por el psiquiatra era muy fuerte y no lo ha seguido, comenta:

**"Dr. Déme algo que me quite lo que tengo, necesito seguir, y cuando tengo los mareos no puedo. ¿Cómo van a saber los especialistas lo que me pasa?, a veces no tienen tiempo y tampoco te miran como una cree, no se vaya usted a creer.**

Desde entonces han pasado dos años, y al menos dos veces por mes aparece por la consulta. En el último semestre no hay semana que no figure inscrita en la lista de citados. El médico ve repetidamente frustrados sus intentos de remisión al segundo nivel: ante el mínimo gesto (abrir el cajón, extender la mano hacia el lugar donde está las hojas de remisión,...), la paciente le dice:

*"usted deme algo, los demás qué van a saber ellos de mi vida, compréndalo ¡no es lo mismo!"*.

Ante esta situación el médico ha optado por dejar que sea la paciente quien distribuya el tiempo de la consulta, él escucha: los dos primeros minutos Laura realiza la demanda, síntomas y signos mal definidos (a esa conclusión llega D.Paco, pero siempre con cierta duda: "alguna vez saltará la liebre, ¡verás!"); luego desvía el diálogo

magistralmente para conversar sobre sus "problemas", en resumen: un quasi monólogo. Termina diciendo: "Bueno le estoy entreteniéndome mucho ¡con el personal que tiene usted hoy! ¡que cara más dura que tengo!, pero es que no tengo más desahogo, todo depende de mí y no tengo ninguna ayuda. Usted lo entiende, es una buena persona. Gracias Doctor".

¿Podemos hacer algo más?

Seguramente todos tenemos algún/a paciente semejante, hay muchas Lauras entre nuestros clientes y la conducta de D. Paco es frecuente entre nosotros. Pueden pasar meses o años en los que no podamos hacer nada más, con el grado de frustración que ello implica, y tan solo el devenir: un traslado o la finalización de la interinidad harían que pasara a manos de otro compañero. Pero ¡amigo!, no estará lejos el día en que, en otra consulta, en otro cupo, descubramos otra Laura. Analizando el caso, pensamos: "menuda papeleta tiene D.Paco".

¿Se puede hacer algo más?

Permitirnos que este artículo sirva para establecer nuestras sugerencias al respecto.

Laura, es una señora que en el sinfín de consultas a las que acude ofrece mucha información sobre su vida, seguramente familiar y de su entorno. Lo primero que podríamos hacer es ordenar todos estos datos. En Atención Primaria, un instrumento que se ha demostrado adecuado para ello es el Genograma. Cormack señala que el genograma es un retrato de la familia, una foto-

grafía que nos revela el funcionamiento de la familia en un instante determinado. Nos informa de aspectos demográficos, edad, sexo, tipología familiar, ciclo vital, acontecimientos vitales estresantes, relaciones afectivas, recursos familiares,... (Tabla I). Nos informa de "tanto" sobre nuestros pacientes y de su familia que nos ayuda a elaborar nuevas hipótesis diagnósticas sobre la demanda que nos colocan sobre la mesa.

¿Porqué no tener una foto de Laura y de su familia en la historia?

Tras la sesión clínica de un compañero, D. Paco se planteó abordar a Laura con esta metodología. Luis, su compañero, está entusiasmado con "esto de la familia", ha asistido a un curso de atención familiar y comentó: "esto, me ha calado muy hondo", y se había propuesto convencer a todo el centro. Paco, cuenta con la ayuda de Luis.

La construcción del genograma requiere conocer unos símbolos que representan a los distintos miembros de la familia y unos elementos relacionales (las líneas) entre dichos símbolos, que nos informan de la calidad de estas relaciones (Figura 1). McGoldrick y Gerson (1987) sentaron las bases sobre la utilización e interpretación del genograma. Un genograma bien realizado debe contener información de, al menos, tres generaciones consecutivas.

D. Paco se animó y "a la primera de cambio" citó a Laura a una visita programada. Laura, encantada, accede muy gustosamente y piensa:

"¡por fin, alguien me entiende de verdad!, y dice: "pero Dr. con el trabajo que usted tiene". Laura acude puntual a la cita, no quiere que se le pase la oportunidad de estar hablando 20 minutos, sin parar, sobre ella y sus problemas sin que nadie la interrumpa: **¡que buena persona es D. Paco! ¡sabe escuchar! ¡no me lo puedo creer, 20 minutos para mi sólo!:**

**Dr.:** ¡Hola Laura!

**Laura:** ¡Buenos días Doctor!

**Dr.:** Bien Laura, nos conocemos hace tiempo y te he citado para recoger algunos datos sobre tu familia que me pueden servir para ayudarte.

**Laura:** Encantada Doctor

**Dr.:** Bueno se que tienes 49 años que te dedicas a las "faenas" de la casa y que estás casada, ¿cómo se llama tu marido?

**Laura:** José, "un santo varón", tiene 53 años y es mecánico, tiene un taller propio, es autónomo y trabaja de 8 a 8, viene a casa a comer, pero sólo tiene una hora, come en media hora y se va al bar a tomar café. Nos vemos poco D.Paco.

El médico continua recabando datos como le ha enseñado Luis: ¿cuántos hijos tiene? ¿qué años tienen? ¿a que se dedican?, etc...

Averigua, de esta manera, que

tiene dos hijos, Ernesto de 24 años, estudiante y Sonia de 17 años, estudiante y con una relación bastante tensa: "quiere llegar a casa cuando se le antoje" "quiere ser como su hermano y esto no puede ser"

Averigua que desde hace dos años su madre convive con ellos: "como usted sabe está incapacitada por la insuficiencia cardíaca, a raíz de la severa cardiopatía isquémica que padeció entonces. No puede realizar desplazamientos, empieza con una fatiga que asusta", comenta Laura. "desde entonces, está en casa y creo que me va a volver loca, siempre hemos tenido una relación tensa donde los gritos eran normales". Comenta que ella quisiera descansar de vez en cuando pero su hermano vive a 300 Km, y aunque "es el ojito derecho de mi madre" su mujer se niega a colaborar, "mi madre y ella no se han llevado nunca bien".

Con su marido hace tiempo que no mantiene ninguna intimidad, sobre todo desde que su madre vive con ellos. "Por las noches era un sin vivir, cada media hora me llamaba, y yo no podía. Ahora duermo en la misma habitación, me llama pero se puede llevar". Por el día la abuela dispone de una

campana que ellos mismos le han proporcionado, cuando quiere algo toca la campana y acuden.

Hace tres comidas:

"mi madre a las doce tiene que comer y como está del corazón, pues ya sabe: sin sal, sin grasa, etc.. y además, no se vaya usted a creer, todo no le gusta";

"mis hijos comen a la 1 y media, cuando salen del instituto y de la facultad, luego quieren aprovechar la tarde y no pueden esperar a su padre que viene a tres y media, además que mi marido no quiere comida caliente, a él dale fritos o no come, y con lo delgado que está pues, usted me dirá".

"Todo depende de mi y yo no tengo quien me cuide".

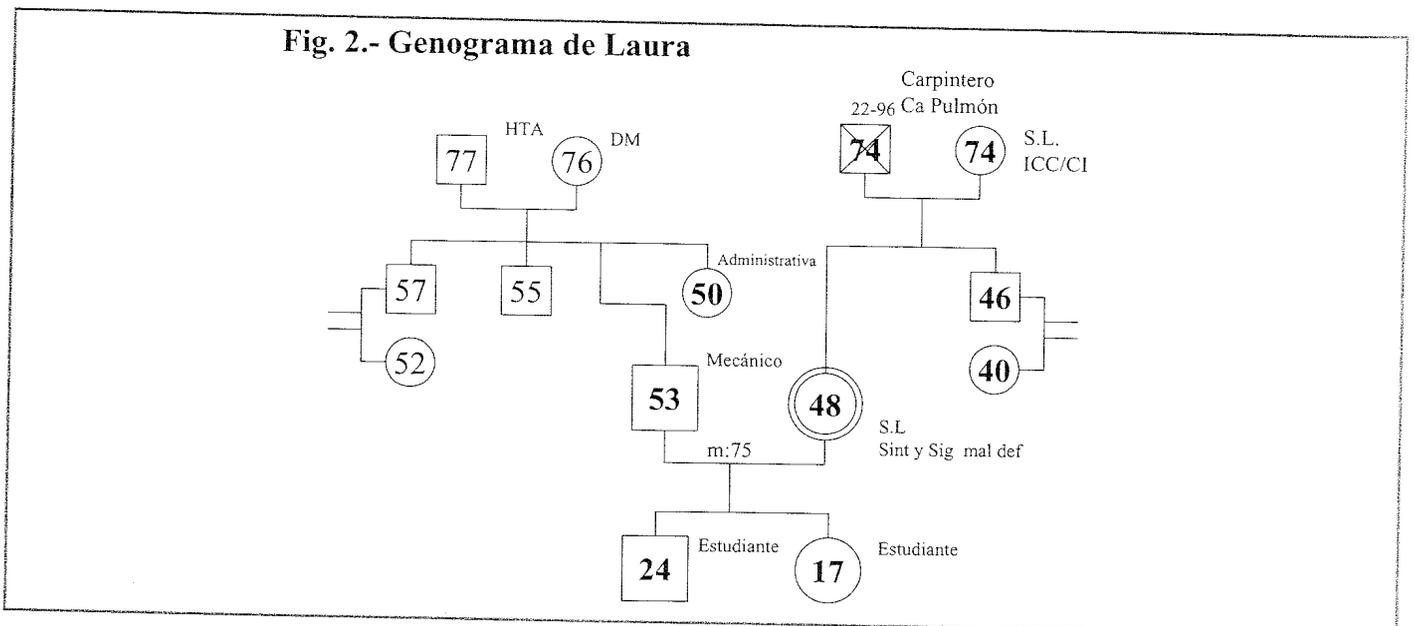
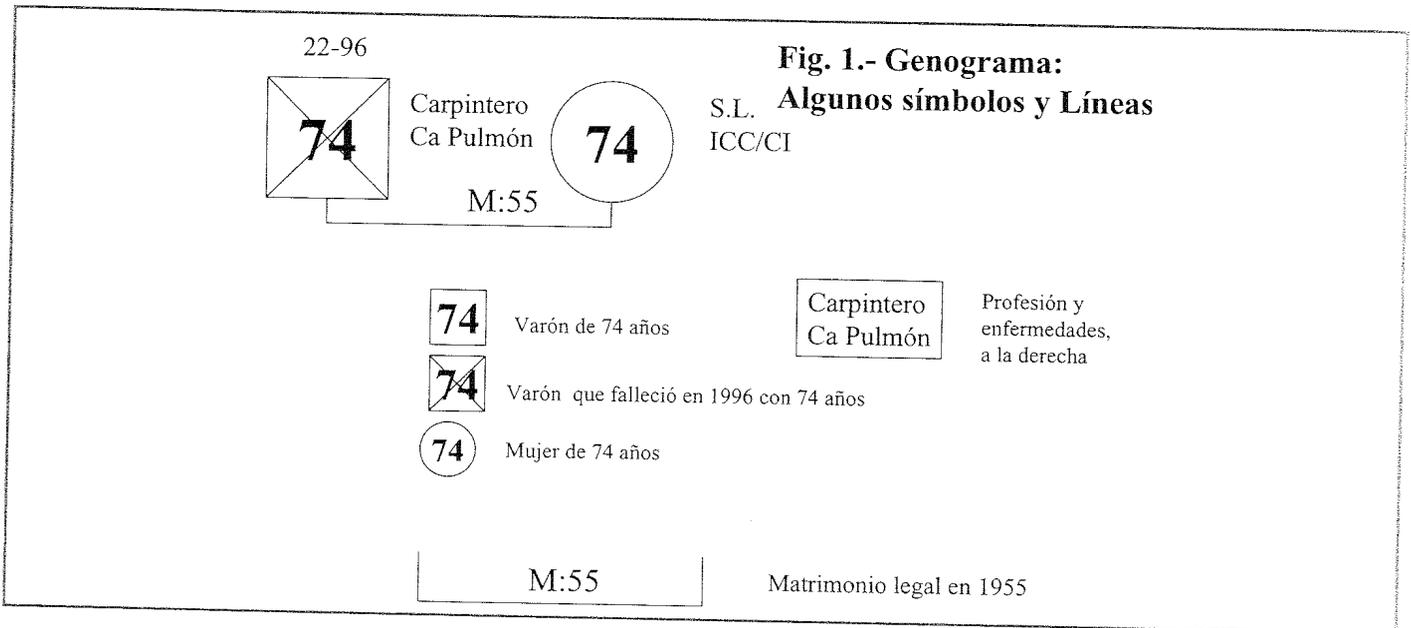
Presentamos el genograma (Figura 2) de Laura con los datos que D. Paco pudo recoger en esta primera entrevista. En la bibliografía adjunta está ampliamente recogido la forma de realizar el genograma. Tanto en la tabla I como en la figura I y 2 se recogen los mínimos conocimientos para poder interpretarlo. ¡Atreveros a ello!. En la segunda parte expondremos la interpretación y se comentará el mapa de relaciones que en una segunda visita averiguó D.Paco.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **M. Mc Goldrick y R. Gerson.** Genogramas en la Evaluación Familiar. Gedisa 1996.
2. **Luis de la Revilla.** Conceptos e instrumentos de la atención familiar. DOYMA, 1994.
3. **S. McDaniel, T. Campbell. D. Seburn.** Orientación familiar en Atención primaria. Springer 1998.

**Tabla 1: INFORMACIÓN BÁSICA A RECOGER EN EL GENOGRAMA:**

- Miembros de la familia.
- Relaciones biológicas y legales de la pareja.
- Subsistema fraternal.
- El hogar.
- Información demográfica.
- Enfermedades y problemas.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Recursos familiares.
- Relaciones familiares.



## XII CONGRES DE LA SOCIETAT VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA Alicante 1, 2 y 3 de Junio de 2000

La realización de un congreso médico conlleva una serie de vertientes o atractivos que tienen diferente significado para congresistas y organizaciones científicas. El lugar o el clima de la sede así como la organización de actividades paracongresuales son en ocasiones factores determinantes para llevar a buen fin el objetivo del congreso, esto es: un elevado número y un alto índice de satisfacción de los médicos inscritos.

Las actividades profesionales, científicas y formativas, aún siendo el desencadenante y objetivo primario del congreso, a menudo no gozan del reconocimiento que merecen. En este sentido quiero

llamar la atención sobre el gran esfuerzo de los diferentes ponentes que han presentado o realizado actividades científicas en nuestro Congreso y el alto nivel técnico y científico que han demostrado. Tampoco debemos olvidar a todos los compañeros que han presentado comunicaciones (aceptadas o no) y reconocerles y agradecerles todo el esfuerzo que está detrás de la "sencilla" hoja del abstract.. El comité científico revisó 178 comunicaciones, el más alto número registrado en un congreso de nuestra comunidad; 113 de ellas (63.5%) fueron elegidas para ser presentadas en público y 11 (9.75%) fueron preseleccionadas como candidatas

a los cuatro premios de mejor comunicación.

Estos datos nos confirman el buen estado de salud de la investigación en Atención Primaria y nos auguran una época de prosperidad científica en nuestra Comunidad.

No puedo terminar estas líneas sin mostrar mi satisfacción y agradecimiento a todos los que habéis hecho posible el éxito de nuestro último Congreso y animaros a participar, aún con más intensidad si cabe, en nuestra próxima cita el año 2001 en Valencia.

**Fdo: F.Quirce**

*Presidente del Comité Científico*

### **LA PÁGINA: <http://www.svmfyc.org>**

#### **1. Recursos, buscadores paso a paso <http://www.svmfyc.org/webteca/webteca.asp>**

*Joan Puig Barberà. Médico de Familia*

En el último congreso de la SVMFIC se presentó la versión actual de "la página" en Internet de la sociedad. Sus características son la navegabilidad y la relevancia del contenido, su objetivo es convertirse en un instrumento de apoyo, formación y comunicación del médico de familia.

Es ahora un instrumento complejo y exhaustivo, cuya andadura tendrá mucho que ver con su gestión, el uso que realicen los distintos grupos de trabajo, estructuras societarias, su papel de escaparate y de exposición de maneras de ver la especialidad y los avatares de la misma y, por último, pero no

menos importante, el uso que de la misma hagamos todos los usuarios, en referencia al sufrido socio de a pie y al resto de mortales.

Iniciamos una serie en la que revisaremos cada uno de los apartados de la página y seguramente el apartado de "Recursos" merece ser el primero.



Figura 1: Página de acogida de la sección de recursos de la página en Internet de la SVMFIC.

Tal y como se observa en la figura la sección de "Recursos" está dividido en cinco apartados, cada uno de ellos es un lugar en el que buscar o encontrar información.

El primer apartado de "**buscadores paso a paso**" se complementa, a su vez, con otra sección de la "Página", de Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

Pero, vayamos paso a paso.

El objetivo primordial de "**buscadores paso a paso**" es convertirse en lugar preferente para realizar una búsqueda estructurada de información.

Para ello, proponemos la siguiente secuencia de visita a lugares de búsqueda:

#### 1<sup>ER</sup>. PASO

MEDLINE:

PUBMED CLINICAL QUERIES

La opción Clinical Queries de Medline nos permite realizar una búsqueda cuyas estrategias han sido elaboradas teniendo en cuenta los principios de validez metodológica de los distintos tipos de estudios siguiendo las propuestas realizadas por lo que podríamos denominar la escuela de "medicina basa-

da en pruebas". Para los no expertos en búsquedas es una opción con una garantía razonable de calidad en los resultados obtenidos.

#### 2º PASO

COCHRANE LIBRARY:  
INDEX TO ABSTRACTS OF  
COCHRANE REVIEWS

A estas alturas lo que seguramente tiene mérito es no haber oído hablar de "la Cochrane".

El enlace propuesto en "**buscadores paso a paso**" fue hasta principios de octubre del 2000 la entrada gratuita a parte del inmenso caudal de información recogido en la publicación en Internet o CD "The Cochrane Library", con acceso restringido a suscriptores en su versión completa.

Seguramente es difícil aconsejar una mejor inversión que la suscripción al formato CD, al menos un año de cada dos; pero, si carecemos del CD, este enlace nos dará una visión de la potencia del instrumento.

El usuario afortunado encontrará una revisión sistemática en profundidad y de calidad del tema de búsqueda y su estudio reposado le reportará un conocimiento adecuado del estado de la cuestión.

De la manera sorprendente en que ocurren las cosas en la red, y a pesar del obvio acervo mercantilista de la especie, "la Cochrane" es hoy (octubre del 2000) accesible en su versión completa y de forma gratuita en la Web.

Hay que registrarse para obtener acceso a este recurso, la dirección

es: <http://www.obgyn.net/cochrane.asp>, y, aunque la utilización del mismo requerirá una cierta experiencia y pericia en la realización de búsquedas, lo cierto es que el recurso es excelente.

El valor de la Cochrane estriba no solo en las referencias, sino en los cientos de miles de ensayos clínicos identificados y seleccionados, incluyendo sus resúmenes. En la dirección mencionada esto está a nuestro alcance.

El tercer y cuarto paso nos ponen en contacto de nuevo con colecciones de resúmenes que en parte, como es el caso de la DARE, la NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessment Database, forman parte de "la Cochrane" pero a las que podemos acceder directamente, y de forma selectiva a través de estos enlaces. Ir a los lugares donde se genera la información es un viaje siempre recomendable. En el caso de estas tres bases de datos la visita nos permitirá refinar y contrastar nuestros hallazgos anteriores.

En ellas encontraremos resúmenes de las revisiones sistemáticas publicadas, de los estudios de evaluación económica y de informes de la agencia de evaluación económica del NHS y, por último, a través de Health Services Technology Assessment Texts HSTAT Gateway, en la National Library de Estados Unidos, obtendremos acceso al texto completo de documentos útiles en la toma de decisiones, tales como guías de práctica clínica, evaluaciones de tecnología, documentos conferencias de



consenso, protocolos o el texto de la Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services, entre otros recursos.

### 3<sup>er</sup> PASO

#### BEST EVIDENCE:

DATABASE OF ABSTRACTS OF  
REVIEWS OF EFFECTIVENESS  
(DARE)

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA,  
LITERATURA GRIS Y PROTOCO-  
LOS, CONSENSOS, GUÍAS DE  
ACTIVIDADES PREVENTIVAS

### 4<sup>o</sup> PASO

HEALTHSTAR VIA INTERNET  
GRATEFUL MED  
HEALTH TECHNOLOGY  
ASSESSMENT DATABASE  
HSTAT GATEWAY

### 5<sup>o</sup> PASO

EVALUACIÓN ECONÓMICA:  
NHS ECONOMIC EVALUATION  
DATABASE

A estas alturas deberíamos haber sido afortunados y encontrado suficiente material para cubrir nuestras necesidades.

### ATENCIÓN:

Deberíamos insistir en la calidad de la búsqueda no debería medirse por la cantidad ingente de material recuperado, sino por que habremos sido capaces de recuperar uno, quizás, cinco, pero no necesariamente más, fuentes bibliográficas o documentos que habrán contribuido significativamente a construir nuestra respuesta a nuestra necesidad de información o pregunta inicial.

Sin embargo, partimos de la base de que no todos los usuarios desearán circular de forma secuencial por los cinco primeros pasos. Para ellos, amantes de los portales, o de la comida precoci-

nada, la página de recursos de la SVMFIC les realiza las siguientes sugerencias:

### 6<sup>o</sup> PASO

BASES DE DATOS INTEGRADAS,  
RECURSOS GENERALES EN LA  
RED: CERES TRIP  
CLINIWEB

Si ánimo de apabullar a nadie es posible afirmar que si en el 4<sup>o</sup> paso usted no ha encontrado lo que busca, ¡le devolvemos su dinero!

Bien, este es el primero de los cinco apartados de la sección "Recursos" de la "Página" en Internet de la sociedad, el siguiente, el de recursos lo dejamos para una próxima entrega, aunque, como muy bien sabes, no hay descubrimiento que merezca la pena que no deba realizar uno mismo y que navegar por la red está a un clic.

## CAMBIO DE LA CONCENTRACIÓN DE LOS VIALES DE INSULINA DE 40 UI/ml a 100 UI/ml

El 28 de febrero del año 2001, entrará en vigor el cambio de viales de Insulina de 40 UI/ml a 100 UI/ml con el consiguiente cambio de jeringas graduadas para su administración. Por tanto, a partir de esta fecha, las Oficinas de Farmacia y Centros Sanitarios, solamente dispondrán, para su dispensación, Insulinas en viales de 100 UI/ml y jeringas calibradas para 100 UI.

El motivo de este cambio se debe a que la presencia en el mercado de diferentes concentraciones de insulinas puede crear problemas al paciente en un mundo cada vez más global y abierto. Por otra parte, la mayoría de los países pertenecientes a la Unión Europea y no pertenecientes a la U.E., ya han llevado a cabo este cambio de concentración de insulinas en viales a 100 U.I./ml.

En base a la experiencia adquirida en otros países del entorno europeo, se considera aconsejable efectuar el cambio sin periodo de coexistencia de las dos concentraciones.

También hay que tener en cuenta que cada día son más los españoles que pasan periodos vacacionales en el extranjero pudiéndose producir conflictos de dosificación al no encontrar la concentración



equivalente a la disponible en España.

Asimismo a España acuden cada año más turistas, algunos de los cuales precisan insulina y, la mayoría de estos, utilizan habitualmente la de 100 UI, requiriendo por tanto continuar con esta pauta de tratamiento.

Este cambio de 40 UI/ml a 100 UI/ml, no modifica en ningún caso la dosis prescrita, la frecuencia de la administración así como el tipo y marca de insulina que se debe inyectar. La dosis de insulina en Unidades Internacionales es la misma pero el volumen a inyectar es menor, ya que la insulina de 100 UI/ml es dos veces y media más concentrada.

Este menor volumen a inyectar, conlleva una mayor duración para el paciente de cada envase de insulina, hasta dos veces y media más. Esta circunstancia, el médico la deberá tener en cuenta a la hora de prescribir el número de viales más adecuado para el paciente. Por ejemplo, si un paciente actualmente requiere cuatro viales de insulina de 40UI/ml al mes, con el mismo número de viales de 100UI/ml y manteniendo la misma dosificación tendrá insulina para dos meses y medio.

En cuanto a las personas con diabetes que utilizan los sistemas de administración tipo pluma no tendrán que hacer ningún cambio, ya que estos dispositivos utilizan insulina de 100 UI/ml.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con

todos los agentes implicados, fabricantes de insulinas y jeringas, Comunidades Autónomas, Organizaciones profesionales sanitarias, Sociedades científicas, educadores en diabetes y Asociaciones de pacientes, ha puesto en marcha una campaña informativa, con el objetivo de que la implantación del cambio de concentración se lleve a cabo correctamente.

Para la implantación de este cambio existe un programa de actuaciones entre las que destaca, la elaboración de un tríptico informativo, que se entregará al paciente por el médico especialista endocrinólogo, por el médico de Atención Primaria, cuando extienda la receta para su dispensación y por el farmacéutico cuando efectúe la dispensación de la insulina.

Asimismo, se ha previsto asistir y participar en los Congresos, Reuniones y/o Jornadas que tengan relación con la diabetes para informar directamente sobre el cambio.

Adjuntamos la carta redactada por el Ministerio de Sanidad para difundir entre los profesionales de la salud este cambio.

Para cualquier duda dirigirse al Grupo de Diabetes de la SVMFIC.

### **CAMBIO DE LA CONCENTRACIÓN DE LOS VIALES DE INSULINA DE 40 UI/ML A 100 UI/ML Y DE LAS CORRESPONDIENTES**

## **JERINGAS PARA SU ADMINISTRACIÓN**

### **CARTA DEL MINISTERIO DE SANIDAD**

Estimado Dr.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (IFD) recomiendan la armonización de la concentración de insulina en viales de 100 UI/ml.

Con la finalidad de aumentar la seguridad y armonizar con los distintos países de nuestro entorno europeo, el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con los distintos agentes implicados y teniendo en cuenta la experiencia en otros países ha acordado sustituir los viales de insulina de 40 UI/ml por viales de 100 UI/ml el **28 de Febrero de 2001**, sin periodo de coexistencia de las dos concentraciones.

A partir del día 28 de Febrero de 2001 estarán disponibles en las Oficinas de Farmacia y Centros Sanitarios únicamente insulina en viales de 100 UI/ml y las correspondientes jeringas graduadas para 100 UI/ml. Esta circunstancia deberá tenerla usted en cuenta a la hora de planificar el tratamiento de sus pacientes entorno a la citada fecha.

**Esta medida no tiene ninguna incidencia en la dosis prescrita, frecuencia de la administración, así como el tipo y marca de insulina que deberá inyectarse el paciente.**

Le rogamos comunique a su paciente que:

1. A partir del 28 de Febrero de 2001, no estarán disponibles los viales de insulina de 40 UI/ml ni las jeringas graduadas para 40 UI/ml.
2. A partir del 28 de Febrero de 2001, el farmacéutico solo suministrará a los pacientes viales de insulina de 100 UI/ml, así como jeringas graduadas para 100 UI/ml.
3. A partir del 28 de Febrero de 2001, los Centros Sanitarios sólo dispondrán de viales de 100 UI/ml y suministrarán únicamente jeringas graduadas para 100 UI/ml.
4. En el mercado existirán las siguientes jeringas para la administración de viales de insulina de 100 UI/ml: 0,5 ml (capacidad 50 UI), 0,3 ML (capacidad 30 UI), 1 ml (capacidad 100 UI).
5. A partir del 28 de Febrero de 2001, los pacientes deberán entregar en las oficinas de farmacia los viales de insulina de 40 UI/ml, y las jeringas graduadas de 40 UI/ml que obren en su poder en el momento del cambio.
6. A partir del 28 de Febrero de 2001 los pacientes deberán entregar a su Centro Sanitario las jeringas graduadas para 40 UI/ml que no hayan sido utilizadas.

Es de capital importancia que las personas con diabetes que están utilizando viales de insulina sean informados que, **en ningún caso deben utilizar las antiguas jeringas graduadas en 40 UI/ml para inyectarse insulina de 100 UI/ml;** o utilizar las nuevas jeringas cali-

bradas en 100 UI/ml para inyectar la insulina en viales de 40 UI/ml, que pudieran tener aún en su poder.

Para la correcta implantación del cambio es muy importante que cada médico participe activamente verificando que sus pacientes han recibido y asimilado la información.

Asimismo, debe tener en cuenta que el menor volumen de inyección conlleva una mayor duración para el paciente de cada envase de insulina (hasta 2,5 veces más). Por lo tanto, deberá tener en cuenta esta mayor duración a la hora de prescribir el número de viales más adecuado para cada paciente.

Así por ejemplo, un paciente que actualmente requiere 4 viales de insulinas de 40 UI/ml al mes, con el mismo número de viales de 100 UI/ml y manteniendo la misma posología tendrá insulina para 2 meses y medio.

Por último, y en fechas próximas al cambio de concentración de los viales de insulina, se deberá prestar especial atención al stock existente en los botiquines de urgencia y en los de planta del centro sanitario. Esta circunstancia, también deberá tenerse en cuenta en relación a las jeringas para la administración de insulina de 100 UI/ml.

Los viales que se pasarán a 100UI serán todos los existentes en el mercado en el momento del cambio.

Este importante cambio, también será comunicado a las personas con diabetes a través de sus correspondientes asociaciones, así como a los farmacéuticos, educadores en diabetes y personal de enfermería a través de una campaña informativa.

Le agradecemos su colaboración en esta importante campaña que afecta a las personas con diabetes.

LILLY	NOVO - NORDISK
Humulina NPH 10 ml	Insulatard NPH 10 ml
Humulina 10:90 10 ml	
Humulina 20:80 10 ml	
Humulina 30:70 10 ml	Mixtard 30:70
Humulina 40:60 10 ml	
Humulina 50:50 10 ml	
Humulina Regular 10 ml	Actrapid 10ml
Humulina Lenta 10 ml	Monotard 10 ml
Humulina Ultralenta 10 ml	Ultratard 10ml
Humalog Lispro 10 ml	



## DEJAR DE FUMAR

Ya hace dos años, parece mentira. Una mañana normal, un despertar normal con un normal descenso a los infiernos cotidianos: el trankimazín diario, la angustia, hoy me quedo en casa. Coger el coche bajo el miedo y dirigirte a toda prisa a la cafetería a por el primero del día. Eso sí, nunca en ayunas, vida sana. Hace ya dos años que no tengo una crisis de ansiedad, con ese dolor en el pecho que parece abotonarte las costillas, con esa intensa sensación de pánico que te trepa por la espalda (hombre, he tenido mis momentos, pero hace ya dos años que no entro por Urgencias, y algo es algo). Y mis gases, que decirte de mis gases. Se acabaron mis eructos ambarinos, mis eructos piedras en la noche, esos flatos tremebundos que desafiaban el silencio (no creas,

aunque no la sensación, echo de menos la música) y hacían llorar de miedo a mis vecinos. Clanzoflat a tragos, Aero Red Sedante – Dio mío, que drogodependencia del Aero Red Sedante-, Pankreoflat,... y así hasta el infinito y más allá, como la lista de los reyes godos. Hace ya dos años que no fumo un cigarrillo, ya ves lo he dejado, ele mis güevos con diéresis, no gracias no fumo, y mira que apetece el condena, lo he conseguido yo -que llevo fumando desde que me reconozco- cambiando agua por Ducados, bebiendo como una rana y corriendo como un conejo, tomando pastillitas de menta sin azúcar, y pensando en que no fumo, en que no fumo, en que no fumo. No reniego de su encanto, es un placer estúpido (como todos los placeres que merecen realmente la pena) y realmente

me encanta fumar, pero a los pocos días de abstinencia, puedes cotejar los placeres estúpidos que ganas en el intercambio: puedes hacer el amor sin taquicardia, puedes correr kilómetros sin asfixiarte (créanme, correr es un placer y bastante estúpido), comer sin sufrir las consecuencias y te baja la presión arterial (soy hipocondríaco y que te baje la tensión arterial es el mayor de los placeres). Realmente no aconsejo nada al respecto, pueden pincharse en las orejas si les place, acudir a terapias sudamericanas, chupar

regaliz o una de esas espantosas boquillas mentoladas. Yo, por el momento, no fumo. No lo he dejado del todo, simplemente he alargado el tiempo entre cigarrillo y cigarrillo. Cien años.

El paciente inglés

# HABILIDADES DE COMUNICACIÓN APLICADAS

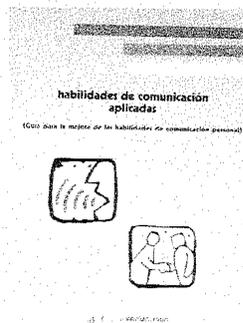
(Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal)

**PROMOLIBRO. VALENCIA, 1999**

Carlos J. van-der Hofstadt Román.

P.V.P. 1.500 Ptas.

185 páginas.



Habilidades de comunicación aplicadas es una obra que podemos calificar de "alta divulgación" pensada desde una óptica eminentemente práctica, para estudiantes y profesionales en general, que se estructura en dos partes. En la primera parte se revisan y relacionan conceptos, elementos y procesos de habilidad social y comunicación, así como las dificultades que existen para que los mismos se realicen de la manera mas adecuada, haciendo hincapié especialmente en las barreras de la comunicación y algunas formas de afrontarlas, como serían las técnicas para el control de la ansiedad y la escucha activa. Esta parte finaliza con una propuesta de metodología de aprendizaje y mejora de las habilidades de comunicación. En la segunda parte se presentan una serie de aplicaciones concretas de las habilidades de comunicación como son el hablar en público, la atención a público y clientes, la atención telefónica, la realización de entrevistas y la relación entre comunicación y trabajo en equipo, orientando en todos los casos como conseguir mejorar las habilidades personales.

El autor, Psicólogo Clínico de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, es Doctor en Psicología y Profesor Asociado del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández, habiendo colaborado como docente en numerosas ocasiones con distintos organismos e instituciones, impartiendo fundamentalmente temas de relaciones humanas y habilidades sociales de comunicación, atención a público y usuarios y trabajo en equipo.