

Eficacia similar del uso de oxígeno o aire ambiente para el alivio de la disnea refractaria en pacientes bajo cuidados paliativos

Similar efficacy of oxygen vs room air on refractory dyspnea relief in palliative care patients

Abernethy AP y col. Lancet 2010; 376: 784-93

Objetivos

Evaluar la efectividad de la administración de oxígeno comparado con la de aire ambiental para el alivio de la disnea refractaria en pacientes terminales.

Diseño, lugar y pacientes

Ensayo clínico aleatorizado, controlado, multicéntrico y doble ciego. Realizado en nueve centros en Australia, EE.UU. y Gran Bretaña. Participaron 239 pacientes mayores de 18 años, con PaO₂ mayor a 7,3 kPa, disnea refractaria (de reposo o a mínimos esfuerzos), puntaje ≥ 3 en la escala MRC, tratamiento estable en la semana previa, y sobrevida esperada de al menos un mes.

Intervención

Oxígeno o aire ambiental administrado mediante concentradores a través de cánula nasal, a un flujo de 2 l/h, al menos durante 15 hs. diarias, por siete días.

Medición de resultados principales

El resultado primario fue la percepción de "falta de aire, ahora" auto-reportado dos veces al día (mañana y tarde) y cuantificada mediante una escala numérica de cero a diez puntos (sin disnea y la peor disnea posible), sobre la cual un punto de diferencia se consideró significativo. Entre otros resultados secundarios se evaluó calidad de vida (cuestionario MQoLQ), funcionalidad (cuestionario MRC), y efectos colaterales.

Resultados Principales

Del total de participantes 120 fueron aleatorizados a recibir oxígeno y 119 a aire ambiental. Se obtuvieron datos completos

del 93 y 83% de los participantes, respectivamente. Los principales resultados se resumen en la tabla 1.

El efecto de las intervenciones fue independiente de la causa de la disnea, el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), el uso de opioides y la PaO₂ basal. Al finalizar la evaluación 18% de los pacientes no solicitó recibir oxígeno, 26% reportó no haber percibido mejoría, 17% solicitó oxígeno, 31% lo pidió pero no lo recibió y 8% no respondió, con distribución similar en ambos grupos.

Tabla 1: Cambio en los puntajes de disnea y calidad de vida comparado al periodo basal con el día 6

Resultado	Oxígeno	Aire ambiente	P
Disnea matutina (IC95%)	0,9 (-1,3 a 0,5)	-0,7 (-1,2 a 0,2)	0,504
Disnea vespertina (IC95%)	-0,3 (-0,7 a 0,1)	-0,5 (-0,9 a -0,1)	0,554
Calidad de vida	0,7 (0,4 a 1,0)	0,7 (0,4 a 1,0)	0,966

Conclusiones

El aire suministrado a través de cánula nasal podría considerarse como una intervención, y no placebo. Las mejorías reportadas en ambos grupos estudiados plantean la necesidad de definir el alcance del placebo, así como precisar otras variables individuales y ambientales que influyen sobre la efectividad de los gases.

Se recomienda evaluar otras alternativas menos costosas que la oxigenoterapia luego de una rápida evaluación de la efectividad del oxígeno en cada caso.

Fuente de financiamiento: Instituto Nacional de Salud EE.UU., Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica, Instituto Duke para la Atención al Final de la Vida, Fundación de Caridad Doris Duke. No reportan conflicto de interés.

Comentario

La disnea al final de la vida es un síntoma angustiante y frecuente: se ha reportado desde en el 60% de los pacientes de un servicio de cuidados paliativos¹, hasta en el 70% de pacientes con cáncer en sus últimos seis meses de vida². Su fisiopatología es compleja, intervendrían diversos factores, incluyendo una gran carga subjetiva. Como expresión de ello podría considerarse la existencia de 50 criterios de evaluación en uso³. Desde el punto de vista clínico se han reportado, por ejemplo, pacientes hipoxémicos que no informan alivio pese a mejorar objetivamente la PaO₂, y normoxémicos que mejoran subjetivamente⁴.

En nuestro medio es habitual la utilización de la oxigenoterapia aun cuando se ha decidido la limitación del esfuerzo terapéutico⁵ al final de la vida, como una intervención compasiva,

aunque las evidencias sobre su utilidad, en términos objetivos, no son concluyentes⁶.

Por otra parte se trata de una práctica cuyo costo puede ser significativo, especialmente considerando que en muchos casos la misma parece destinada fundamentalmente a tranquilizar a quienes rodean al enfermo, incluyendo probablemente al propio equipo de salud, más que al paciente.

Conclusiones del comentador

Esta última perspectiva, la del alivio de la unidad de cuidados, por su relevancia quizás debería ser incorporada al análisis de la costo efectividad de la oxigenoterapia, o terapia con aire ambiental, en los pacientes bajo cuidados paliativos.

Javier O. Vilosio [Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires javier.vilosio@hospitalitaliano.org.ar]

Vilosio JO. Eficacia similar del uso de oxígeno o aire ambiente para el alivio de la disnea refractaria en pacientes bajo cuidados paliativos. Evid Act Pract Ambul Ene-Mar 2012; 15(1):11. **Comentado de: Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, y col. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial.** Lancet 2010;376:784-93. PMID: 20816546..

Referencias

1. Cuervo Pinna MA, y col. Factores etiológicos de la disnea al final de la vida. Med Pal (MADRID) 2008;15(3):143-148.
2. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in Terminally Ill Cancer Patients. Chest 1986;89:234-236.
3. Sanz A, y col. Perfiles de evaluación de la disnea en cuidados paliativos. Med Pal 2009;16:159-163.
4. Redondo Moralo MJ y col. Síntomas respiratorios en cuidados paliativos. Aten Primaria 2006;38(Supl 2):38-46.
5. Novillo A, y col. Limitaciones de esfuerzos terapéuticos: Resultados de un registro prospectivo en una sala de clínica médica. Medicina (B. Aires) 2008;68(6):437-441.
6. Currow DC, y col. Does palliative home oxygen improve dyspnoea? A consecutive cohort study, Palliat Med June 2009;23(4):309-316.