



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Dana Paola Vazquez Samayoa.

Nombre del tema: Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado

Parcial: 3ero

Nombre de la Materia: Medicina paliativa.

Nombre del profesor: Malleli Yazmin Laparra López.

Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.

Semestre: 6to

Introducción

La exactitud en la predicción del pronóstico es necesaria en el seguimiento y tratamiento del enfermo terminal por razones clínicas, organizativas, de recursos y éticas, especialmente para impedir la utilización de terapias inadecuadas en estos pacientes y planificar sus cuidados. Muchas decisiones terapéuticas dependen de la estimación de la supervivencia. Los pronósticos sobre tiempo de supervivencia erróneos pueden tener consecuencias negativas tanto para el enfermo como para los familiares, dificultando además la adecuada planificación de recursos sanitarios. La precisión del pronóstico y el modo de comunicarlo al paciente van a influenciar en el ejercicio de su autonomía y la toma de decisiones importantes.

Las tasas de supervivencia del cáncer o las estadísticas de supervivencia indican el porcentaje de personas que sobreviven a un determinado tipo de cáncer durante un período específico. Las estadísticas del cáncer suelen utilizar una tasa de supervivencia general de cinco años.

Las tasas de supervivencia del cáncer se basan en la investigación a partir de la información recopilada sobre cientos o miles de personas con un tipo de cáncer específico. Una tasa de supervivencia general incluye a personas de todas las edades y afecciones médicas a las que se les diagnosticó cáncer, incluso los de diagnóstico muy precoz y muy tardío.

Desarrollo

Las tasas de supervivencia general no especifican si los sobrevivientes de cáncer siguen recibiendo tratamiento a los cinco años o si ya están sanos (lograron la remisión). Hay otros tipos de tasas de supervivencia que dan información más específica, por ejemplo, las siguientes:

- **Tasa de supervivencia sin enfermedad.** Es el número de personas que no tienen evidencia de cáncer después del tratamiento.
- **Tasa de supervivencia sin progresión.** Es el número de personas que fueron tratadas por cáncer y que no tienen signos de recurrencia o que tienen un tumor que permaneció estable sin crecer.

Las tasas de supervivencia del cáncer a menudo utilizan una tasa de supervivencia de cinco años. Eso no significa que el cáncer no pueda reaparecer más allá de ese plazo. Ciertos tipos de cáncer pueden reaparecer muchos años después de que se los detectó y trató por primera vez. Para algunos tipos de cáncer, si no reaparece en cinco años después del diagnóstico inicial, la posibilidad de una recurrencia posterior es muy pequeña.

Entre los diferentes instrumentos en la evaluación del pronóstico se encuentran: la impresión clínica subjetiva, el estado funcional del paciente, síntomas y signos, algunas pruebas de laboratorio y recientes escalas multidimensionales que incluyen varios de estos parámetros.

Impresión clínica

El primer instrumento para definir el pronóstico es el juicio clínico, que no debe subestimarse, aunque es verdad que tiene algunas limitaciones. En el manejo del cáncer avanzado, los médicos deberían basar sus decisiones sobre intervenciones terapéuticas y tipos de cuidados, teniendo en cuenta la calidad de vida y la esperanza de vida. Un pronóstico exacto de la esperanza de vida facilitará la toma de decisiones tanto para los profesionales sanitarios como para los pacientes y sus familias.

La predicción clínica de supervivencia es una medida válida para obtener una evaluación general del pronóstico de los pacientes, pero está sujeta a una serie de factores que limitan su precisión. La impresión clínica no debería utilizarse sola, sino junto a otros factores pronósticos. La impresión clínica tiende a sobreestimar la supervivencia con un factor de 3 a 5 veces. Es conveniente realizar evaluaciones repetidas en intervalos fijos.

El rápido declinar del estado funcional predice una supervivencia más corta, objetivando la necesidad de repetidas valoraciones funcionales a lo largo del tiempo. La palliative performancen scale (PPS), desarrollada en Canadá en 1999, es una modificación del KPS, que utiliza la deambulación, nivel de actividad, ausencia de enfermedad, capacidad de autocuidado, ingesta oral y nivel de conciencia para valorar funcionalidad.

Está diseñada específicamente para medir el estado físico en cuidados paliativos, pero se ha demostrado su valor pronóstico.

Síntomas físicos

Existe evidencia significativa de la importancia en el pronóstico de 2 síntomas: disnea y delirium o deterioro cognitivo.

La anorexia, disnea, transfusión sanguínea, uso de esteroides paliativos, y el cambio diario del KPS fueron estadísticamente significativas con la supervivencia. Otros síntomas: náusea, estreñimiento, mareos, ansiedad, depresión, fiebre, dolor, diarrea, hemorragia, pulso y frecuencia respiratoria, poli morbilidad, terapia con opioides, intervenciones terapéuticas y diagnósticas han demostrado ser significativos en estadios menos avanzados de la enfermedad. Sin embargo, estos síntomas, no se han confirmado en el análisis multivariante especialmente en la población de pacientes en fase más avanzada.

Parámetros bioquímicos

Los parámetros que han demostrado relación con la supervivencia en varios estudios han sido la leucocitosis, la linfopenia y la elevación de la proteína C reactiva.

Otros factores citados ocasionalmente han sido la hiperbilirrubinemia, la hiponatremia, la hipercalcemia, la proteinuria, la elevación de la lactato deshidrogenasa (LDH) y los niveles bajos de pseudocolinesterasa, albúmina y prealbúmina.

Conclusión

Con el desarrollo de los cuidados paliativos resurge la preocupación por predecir el pronóstico del paciente con la mayor exactitud posible. Muchas decisiones terapéuticas y de cuidados del paciente, dependen de la estimación de su supervivencia.

Los pacientes tienen el derecho de ser o no informados sobre su pronóstico. La valoración y la información sobre el pronóstico deberían realizarse en el contexto de un enfoque comprensible, individualizado y centrado en el paciente. El conocimiento del pronóstico adquiere particular relevancia en el momento de decidir si continuar o no con terapias antineoplásicas, dejando paso al control de síntomas. Lo recomendable sería formular un pronóstico individualizado para el paciente, comenzando con un pronóstico generalizado y modificándolo según las observaciones clínicas, valoración funcional, síntomas, comorbilidad, ganas de vivir y conocimiento de la trayectoria de la enfermedad.