**PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO**

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.

Tradicionalmente los factores pronósticos en el cáncer (estadío, histología.) sirven para predecir pronóstico en estadíos precoces de la enfermedad, pero no proporcionan un adecuado pronóstico en pacientes con cáncer avanzado, en los que la expectativa de vida es inferior a 3 meses. ¿Qué tipo de parámetros son mejores en pronóstico de supervivencia: las medidas biológicas, funcionales, psicológicas o los síntomas? Los médicos tenemos tendencia a inclinarnos más a variables medibles cuantitativamente (linfocitos. . .), -aunque éstas puedan presentar mayor variabilidad-, que a medidas más cualitativas como son la astenia o la depresión. 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 éstos parámetros. Con todo esto, el problema radica en la falta de discriminación sobre qué parámetros utilizar, aunque parece que las nuevas escalas multidimensionales se muestran como las referencias más fiables, surgiendo muy diversas y aplicadas en diferentes poblaciones.

El primer instrumento para definir el pronóstico es el juicio clínico, que no debe subestimarse, aunque es verdad que tiene algunas limitaciones. Los médicos somos inexactos en pronósticos de vida aplicados a pacientes terminales y el error es sistemáticamente optimista, como mostró Parkes en su estudio con 168 pacientes de cáncer publicado en 1972. Estas observaciones se han confirmado en ulteriores trabajos. En un estudio de cohortes de Christakis, un total de 343 médicos estimaron la supervivencia de 468 pacientes terminales en hospitales de crónicos de Chicago. En conjunto, los médicos sobreestimaron la supervivencia. Los médicos con más experiencia fueron los más exactos. La implicación médico-paciente parece aumentar el riesgo de error (cuando la duración de la relación médico paciente era más prolongada y el tiempo transcurrido desde la última visita disminuía, la precisión pronóstica también empeoraba). De ello se deduce que puede ser oportuno requerir la colaboración de otro médico que colabore en una segunda opinión sobre el pronóstico. Las predicciones más optimistas corresponden a las realizadas sobre enfermos con cáncer, frente al sida u otras patologías. En otro estudio de Loprinzi, incluso experimentados oncólogos reconocieron su incertidumbre en la predicción clínica del pronóstico.

El estado funcional, conocido en el mundo anglosajón como Performance Status, ha sido valorado ampliamente mediante distintas escalas utilizadas en geriatría y en el mundo de los cuidados paliativos. Se ha intentado establecer a través de distintos trabajos el grado de relación entre el deterioro funcional y disminución en la supervivencia.

Se demostró valor pronóstico independiente para los siguientes síntomas: xerostomía, disnea, anorexia, adelgazamiento y/o disfagia. En una serie, Bruera encontraron que la disfagia, el deterioro cognitivo, y el adelgazamiento > 10% demostraron tener carácter pronóstico independiente. Marcaban una supervivencia < 4 semanas con una exactitud del 74%, aunque se trataba de una muestra muy pequeña (47 pacientes). Existe evidencia significativa de la importancia en el pronóstico de 2 síntomas: disnea y delirium o deterioro cognitivo.

Para establecer comparaciones entre los diferentes estudios sería necesario primero, unificar criterios. Un ejemplo interesante de estandarización y unificación de un instrumento de unión es el trabajo del European Palliative Care Research Colllaborative, que obtuvo una medida internacional para evaluar dolor, depresión y caquexia. Aunque no cubre pronóstico, constituye un ejemplo claro de cooperación multicéntrica internacional, que se debería considerar para las escalas pronósticas. La impresión clínica se nos muestra como un parámetro fiable, pero cargado de subjetividad e irreproducible, que tiende a sobreestimar supervivencia. La predicción mejora cuando menor es el tiempo de supervivencia. Es preciso no utilizarla de forma aislada, sino junto a otros factores pronósticos, recomendándose evaluaciones repetidas y una 2.a opinión. El entrenamiento puede mejorar su fiabilidad. El estado funcional, evaluado con KPS, EFAT, ECOG y PPS, tiene capacidad en la predicción de pronóstico. Correlacionan con supervivencias menores, mientras que puntuaciones altas no predicen supervivencias largas.