

MEDICINA PALIATIVA

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.

El diagnóstico, tratamiento y pronóstico son las habilidades clínicas fundamentales para la buena práctica clínica, aunque en la primera mitad del siglo 20 el tratamiento desplazó al pronóstico como habilidad.

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 importante

El primer instrumento para definir el pronóstico es el juicio clínico, que no debe subestimarse, aunque es verdad que tiene algunas limitaciones.

La llegada de la medicina paliativa y el desarrollo de cuidados especializados para pacientes con enfermedades incurables, ha llevado a un nuevo interés en el pronóstico.

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.

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 importante.

Un estudio refleja que los médicos carecen de las estrategias adecuadas para manejar sus propias emociones, las del paciente o las reacciones de los familiares ante las malas noticia.

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.

Material y método: Se ha realizado una revisión de los trabajos publicados durante los últimos 20 años ~ (desde 1993 al 2013) referentes a pronóstico de supervivencia en cáncer avanzado.

Resultados: La estimación clínica de supervivencia, tiende a sobreestimar el pronóstico y debería utilizarse de forma conjunta con otros factores.

La búsqueda se ha realizado en las bases de datos de Medline, Embase, Cochrane Library, y Guías de Práctica Clínica, limitándose a estudios en humanos y trabajos en inglés o castellano con resumen disponible

Entre las escalas multidimensionales, por el momento, la palliative prognostic (PaP) score que incluye varios factores pronósticos, es la escala recomendada por las guías europeas y españolas, indicando probabilidades de supervivencia a los 30 días

Discusión: La tendencia actual va en la línea de utilizar escalas multidimensionales pronósticas, donde se aúnan diversos parámetros pronósticos. Interesaría comparar entre sí las diferentes escalas y utilizarlas en poblaciones más amplias.

Conclusiones: Lo recomendable sería formular un pronóstico individualizado para el paciente, comenzando con un pronóstico generalizado y modificándolo según las observaciones clínicas, valoración funcional, síntomas, analítica y conocimiento de la trayectoria de la enfermedad. © 2013 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Síntomas físicos En una revisión sistemática realizada en 2000 por Viganó, este encuentra que: KPS, y la presencia de deterioro cognitivo, pérdida de peso, disfagia, anorexia y disnea aparecen como predictores independientes de supervivencia en el paciente oncológico terminal. La estimación clínica de supervivencia también se muestra como un factor independiente de supervivencia, aunque la magnitud de la asociación es pequeña

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 del lactato deshidrogenasa (LDH) y los niveles bajos de pseudocolinesterasa, albúmina y pre albúmina.

Como establece el grupo de Maltoni et al en sus recomendaciones, definir un pronóstico es parte de la alianza terapéutica. 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.