

## Valoración de la enfermedad terminal en Medicina Interna

### Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado en su revista de abril de 2006 por los autores Bernabéu-Wittel et al.<sup>1</sup>. Estamos totalmente de acuerdo en varias de las afirmaciones hechas por los autores del mismo. Creemos que dentro de las responsabilidades actuales de los médicos, está también la de atender a los pacientes en situación de final de vida. Tal y como ha pasado con los pacientes afectados de cáncer, en nuestras consultas y en el día a día en la planta vemos cada vez más personas con enfermedades no oncológicas en situación avanzada o terminal. A pesar de que el paciente anciano con enfermedad crónica no maligna es tributario de ingreso en unidades de cuidados paliativos, la experiencia muestra que sólo unos pocos de ellos acceden a dichos servicios, al contrario que aquellos afectados de cáncer. Hoy en día no existe una única herramienta clasificadora o diagnóstica de enfermedad terminal no oncológica. Pero a diferencia de lo expresado por los autores de dicho artículo, hay en la literatura médica artículos publicados con criterios y herramientas clasificatorias de pacientes con pronóstico vital ominoso a corto plazo. Éstas son útiles en la práctica diaria para poder identificar a aquellos pacientes tributarios de cuidados paliativos y en general con una esperanza de vida inferior a 6 meses.

En un intento de resolver la disparidad de criterios de los clínicos y asesorar sobre qué pacientes eran tributarios de cuidados paliativos, el *American National Hospice*<sup>2</sup> publicó en 1996 unas guías médicas que tenían como finalidad poder elegir, sobre la base de unos determinados criterios, qué pacientes podían ser beneficiarios de cuidados en unidades de cuidados paliativos. Posteriormente Lynn<sup>3</sup> en 2001 adaptó dichas guías y las presentó en dos partes bien diferenciadas, mostrando en la segunda de las mismas unos criterios y parámetros específicos para una serie de enfermedades no cancerosas en fase avanzada.

Grbich et al en un artículo reciente<sup>4</sup> han confirmado que los criterios modificados del *American National Hospice* son útiles para seleccionar a aquellos pacientes tributarios de cuidados paliativos. De la misma manera, Fernández M et al<sup>5</sup> comunicaron su experiencia en la predicción de mortalidad a corto plazo mediante el índice de Barthel, hallando una muy buena correlación entre ambas variables.

Coventry et al<sup>6</sup> realizaron una revisión sistemática de 11 estudios que evaluaron la capacidad pronóstica de unos criterios específicos para determinadas enfermedades como demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca. Concluyeron que a pesar de ser útiles y de fácil aplicabilidad mostraban un inconveniente: su capacidad pronóstica de supervivencia a los 6 meses no era muy buena. Esto no es más que el reflejo de la naturaleza impredecible del curso evolutivo de los trastornos no cancerosos en fase avanzada. El comportamiento de las enfermedades terminales no oncológicas no es tan predecible como el cáncer, lo que hace que las herramientas existentes en la actualidad no tengan una buena fiabilidad. A pesar de ello, la existencia de múltiples variables clínicas, analíticas, escalas y herramientas de mayor o menor complejidad nos han de ayudar a una primera clasificación de los pacientes que podrían ser tributarios de dichos cuidados, quedando para el futuro la investigación y el desarrollo de nuevas herramientas que puedan predecir con mayor precisión la esperanza de vida futura de forma individual para cada uno de los trastornos como la demencia, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hepatopatía crónica, etc.

clínico del paciente con enfermedad terminal en un área de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2006;206(4):178-81.

2. National Hospice Organisation (NHO). Medical Guidelines for determining prognosis in selected noncancer diseases. *Hospice Journal.* 1996;11:47-59.

3. Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA.* 2001;285:925-32.

4. Grbich C, Maddocks I, Parker D, Brown M, Willis E, Piller N, et al. Identification of patients with noncancer diseases for palliative care services. *Palliat Support Care.* 2005;31:5-14.

5. Fernández M, Rodríguez MA, García E, San Cristóbal E, Alonso M, Virgós MJ. Características predictivas de dos escalas en una unidad de cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:1-7.

6. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age and Ageing.* 2005;34:218-27.

S. Santa Eugenia González<sup>a</sup>, S. Altimir Losada<sup>a</sup>,  
J. Santesmases Jarque<sup>b</sup> y A. Urrutia de Diego<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Funcional de Geriátrica. <sup>b</sup>Unidad Geriátrica de Agudos.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Germans  
Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bernabéu-Wittel M, García-Morillo S, González-Becerra C, Ollero M, Fernández A, Cuello-Contreras JA. Impacto de los cuidados paliativos y perfil