



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

Pacientes crónicos, pronósticos complejos

Chronic patients, complex prognoses

Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas necesitan una medida fiable de su pronóstico. Independientemente de cuál sea el diagnóstico, tanto ellos como su familia y cuidadores desean conocer cuándo tienen un riesgo alto de fallecer, ya que precisan planificar sus últimos meses de vida. Además, también esperan que las decisiones médicas que se puedan tomar en esos momentos sean congruentes con dicho pronóstico¹. Esto es, una actuación serena y adecuada que no caiga ni en actitudes nihilistas ni tampoco en la sobreactuación diagnóstica o terapéutica. Por otra parte, desde el punto de vista médico estos pacientes son habitualmente complejos, al coincidir múltiples enfermedades y presentar síntomas de difícil control, deterioro funcional y dependencia de cuidadores. Las interacciones entre los diferentes problemas, las dificultades de tratamiento o el peso que puedan tener las condiciones sociales o de autocuidado subrayan las dificultades que existen tanto en el manejo clínico como en la toma de decisiones². Disponer de una estimación precisa del pronóstico vital es clave para tomar decisiones adecuadas. En los últimos años ha ganado relevancia el concepto de *payoff time* (tiempo de rentabilidad), es decir, el tiempo que precisa un tratamiento o una técnica diagnóstica hasta alcanzar un beneficio en relación a su expectativa de vida. Este aspecto es esencial en aquellos pacientes complejos con riesgos competitivos y progresivos capaces de acortar su vida. Por ejemplo, la realización de una colonoscopia como procedimiento de cribado del cáncer de colon en pacientes con una corta expectativa de vida, puede no ofrecer ningún beneficio y ocasionar problemas derivados de su preparación y realización³. Cuanto más frágil sea un paciente más cuidadosos hemos de ser a la hora de indicar procedimientos que probablemente no ofrezcan ningún beneficio e incluso puedan provocar algún daño.

En la actualidad disponemos de diferentes escalas de medición que nos ayudan a establecer el pronóstico vital en pacientes con comorbilidades. Los más conocidos son el índice de Charlson⁴, el *Cumulative Illness Rating Scale*⁵, el índice de Kaplan⁶ y el *Index of Coexisting Diseases*⁷. Sin embargo, algunos han sido diseñados para poblaciones muy determinadas, todos muestran alguna limitación

y sus resultados no han sido siempre consistentes. Más recientemente, el índice PROFUND², diseñado y validado en 2011, permite determinar el pronóstico de muerte a un año en pacientes pluripatológicos, mediante la combinación de 9 variables clínicas de fácil determinación a la cabecera del paciente.

En este número de REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, Nieto Martín et al.⁸ han estudiado el pronóstico vital de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas utilizando el *Palliative Prognostic Index* (PPI)⁹. Se trata de un índice pronóstico diseñado para predecir la mortalidad en los pacientes oncológicos terminales, basado en un sistema de puntuación de 5 variables (funcionalidad, ingesta oral, disnea, edemas y delirium) de índole no oncológica, que se pueden adaptar a distintas poblaciones de pacientes graves, con múltiples comorbilidades. El estudio incluyó pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que presentaban, al menos, una de 5 condiciones preestablecidas: insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, enfermedad renal crónica, hepatopatía crónica o enfermedad neurológica. Si bien el criterio de ingreso en el estudio fue órgano-específico, la carga de comorbilidades fue muy elevada, con 4,85 enfermedades por paciente, y un 70% de los pacientes cumplían los criterios de paciente pluripatológico¹⁰. La aplicación del PPI permitió establecer 4 grupos con riesgos de fallecer a los 6 meses claramente diferenciados, que oscilaron entre el 13 y el 68%.

El estudio parte de 2 situaciones que le confieren un notable interés. En primer lugar, la selección de pacientes no se hizo por enfermedades concretas, sino por los datos que reflejan el deterioro derivado de las mismas. En segundo lugar, no se confeccionó una nueva escala de medición, sino que se utilizó el PPI originalmente diseñado para predecir la mortalidad en los pacientes oncológicos terminales.

El primero de estos aspectos tiene un indudable valor en la toma de decisiones en la clínica práctica. El punto de partida es evaluar el fallo orgánico crónico de al menos un órgano con herramientas de uso habitual en la clínica cotidiana. Este criterio permite identificar a una población mayoritariamente pluripatológica, donde el uso del

PPI estratifica el pronóstico de una manera sencilla. Este método tiene notables ventajas, ya que no es preciso establecer el estadio evolutivo de enfermedades concretas, cuestión no siempre sencilla. Además es intuitivo, sencillo de realizar y tiene sentido clínico. Esta facilidad de partida que la hace muy atractiva puede tener algunas limitaciones. En primer lugar, el uso de estas herramientas está sometido a un cierto grado de subjetividad, aunque es previsible que la generalización de su uso difuminará en cierta medida la posibilidad de que esta cuestión introduzca sesgos. Un segundo aspecto a tener en cuenta es que los criterios de fracaso de cada uno de los órganos no sean equiparables. Por ejemplo, ¿es similar la evolución de una persona con una hepatopatía crónica Child B7, que la de otra con una enfermedad neurológica con un Barthel de 40? Las 2 puntuaciones pueden condicionar una mala clasificación de la gravedad de las enfermedades e influir en la precisión de la predicción^{11,12}. Sin embargo, estos problemas podrían tener una relevancia menor, ya que los criterios de selección delimitan una subpoblación con una elevada carga de comorbilidad, en la que el 70% de los pacientes reúnen criterios de paciente pluripatológico.

El segundo aspecto a considerar es el uso del PPI, diseñado para predecir la mortalidad en pacientes oncológicos terminales, para estimar el pronóstico vital de pacientes con otras comorbilidades. El concepto de «transportabilidad» se refiere a la capacidad de un sistema para generar predicciones precisas, calibradas y con capacidad discriminante, en pacientes con enfermedades distintas, aunque similares en alguna medida, a la original para la que fue desarrollada¹³. Esta generalización ha sido utilizada con frecuencia; por ejemplo, el índice de Charlson, usado como referencia en este artículo, se ha utilizado en situaciones muy distintas¹⁴. La validación definitiva requeriría de distintas evaluaciones realizadas por los equipos investigadores independientes, ya que aportarían mayores evidencias que una sola validación, incluso cuando esta se realizase de manera multicéntrica¹³. Con ello sería posible determinar que tanto el espectro de gravedad de las distintas comorbilidades, como las prácticas clínicas más habituales en centros distintos, y la manera de documentarlas por clínicos diferentes, no afecten a la estratificación del riesgo establecida en distintos centros. Esto tiene relevancia especial, ya que la forma de definir y recoger las variables de una misma escala en diferentes localizaciones pueden provocar diferencias en el rendimiento real del sistema¹⁵. Por ello, los prometedores resultados de este estudio han de ser corroborados con nuevos análisis, realizados por investigadores independientes, en un proceso iterativo de evaluación de su validez externa.

En resumen, el estudio de Nieto Martín et al.⁸ establece que el PPI es una herramienta de manejo sencillo, que permite predecir de manera fiable, la mortalidad a los 6 meses en los pacientes que padezcan concomitantemente varias enfermedades médicas avanzadas. Sin embargo, son necesarios nuevos estudios que corroboren la precisión de sus pronósticos antes de su aplicación generalizada en la clínica cotidiana. En todo caso, este estudio abre una importante vía de análisis que podría ayudar a pacientes y familiares a reducir incertidumbres, y a sus médicos a tomar decisiones más eficaces y seguras.

Bibliografía

1. Koeller K, Rockwood K. Frailty in older adults: Implications for the end of life care. *Cleve Clin J Med*. 2013;80:168-74.
2. Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M, Moreno Gaviño L, Barón Franco B, Fuertes A, Murcia Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med*. 2011;22:311-7.
3. Braithwaite RS, Fiellin D, Justice AC. The payoff time: A flexible framework to help clinicians decide when patients with comorbid disease are not likely to benefit from practice guidelines. *Medical care*. 2009;47:610-7.
4. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-83.
5. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*. 1968;16:622-6.
6. Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chronic Dis*. 1974;27:387-404.
7. Greenfield S, Apolone G, McNeil BJ, Cleary PD. The importance of co-existent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. Comorbidity and outcomes after hip replacement. *Med Care*. 1993;31:141-54.
8. Nieto Martín MD, Bernabeu Wittel M, de la Higuera Vila L, Mora Rufete A, Barón Franco B, Ollero Baturone M, et al. Recalibración del Palliative Prognostic Index en pacientes con enfermedades médicas avanzadas. *Rev Clin Esp*. 2013;213:323-9.
9. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7:128-33.
10. Ollero Baturone M, Álvarez M, Baron-Franco B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernández-Moyano A, et al. Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado. 2.^a ed. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007 [consultado 12 May 2013] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p_3.p_3.procesos.asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf
11. Ransohoff DF, Feinstein AR. Problems of spectrum and bias in evaluating the efficacy of diagnostic tests. *N Eng J Med*. 1978;299:926-30.
12. Monte R, Rabuñal R, Casariego E, López-Agreda H, Mateos A, Pértiga S. Analysis of the factors determining survival of alcoholic withdrawal syndrome patients in a general hospital. *Alcohol Alcohol*. 2010;45:151-8.
13. Justice AC, Covinsky KE, Berlin JA. Assessing the generalizability of prognostic information. *Ann Intern Med*. 1999;130:515-24.
14. Martínez Velilla NI, Gaminde Inda I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:441-6.
15. Vales EC, Abaira V, Sánchez JC, García MP, Feijoo AR, Álvarez MJ, et al. A predictive model for mortality of bloodstream infections. Bedside analysis with the Weibull function. *J Clin Epidemiol*. 2002;55:563-72.

E. Casariego-Vales*

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus
Augusti, Lugo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.casariego.vales@sergas.es