



CARTA AL DIRECTOR

Índices pronósticos en cuidados paliativos: ¿cuál, cuándo y para qué?



Prognostic scores in palliative care: Which, when and for what?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Fernández-Rendón et al.¹. De todas las variables pronósticas analizadas en la literatura médica, el *Karnofsky Performance Status* (KPS) es sin duda el mejor estudiado². Diferentes estudios han demostrado su fiabilidad inter-observador y su relevancia como el factor clínico más importante en la estimación de la supervivencia³⁻⁵. Adicionalmente, la valoración de algunos síntomas y ciertos parámetros analíticos mejoran su precisión^{2,6}.

Otras escalas también han demostrado tener una buena correlación inter-observador y en cuanto a la supervivencia estimada, aunque a día de hoy no existe una escala «ideal». Por ejemplo, algunos índices pierden peso y precisión según el grupo población estudiado o del momento en que se efectúe la medición^{6,7}.

El PaP score ha sido validado en diversos ámbitos. Al igual que otras escalas pronósticas, presenta una buena correlación inter-observador aunque tiende a sobre-estimar la supervivencia calculada respecto de la observada. Además, la estimación es más acertada en tanto peor es el pronóstico de los pacientes^{7,8}.

Como bien indican Fernández-Rendón et al., el cálculo de la supervivencia mediante índices será mejor abordado si es considerado como una probabilidad de supervivencia más que un valor absoluto. Como contraparte, otros autores han señalado que la precisión en el cálculo de la probabilidad de supervivencia en pacientes con cáncer es comparable a la precisión en la predicción de algunos fenómenos meteorológicos, enfatizando con esto el hecho de que la estimación de este parámetro es un fenómeno dinámico².

A pesar de que un paciente tenga una neoplasia avanzada, puede mantenerse con un buen nivel funcional y permanecer asintomático. Así mismo puede haber pacientes en que, producto de la aparición de síntomas, haya

una caída abrupta del KPS. La aparición de síntomas que cambian el estado clínico y que no siempre pueden estar considerados en una determinada escala pronóstica han sido denominados por Glare et al. como *eventos centinela*². Es así como un paciente valorado dentro de un grupo de riesgo A según el PaP score (probabilidad de vivir a 30 días > 70%), producto de una broncoaspiración y subsecuentemente una sepsis de foco respiratorio, puede pasar a tener una probabilidad de < 30% a 30 días en un estrecho lapso de tiempo.

El uso de índices pronósticos debería considerar que existe el riesgo de sobre-estimar la supervivencia, que la medición de algunas variables utilizadas puede no estar disponible o que algunos índices pueden no estar validados en una población determinada.

Un índice pronóstico puede mejorar la visión general en el proceso de enfermedad oncológica avanzada pero no es necesariamente un índice personalizado, exacto ni inmutable. Weeks et al. reportaron que aquellos pacientes informados de su mal pronóstico a 6 meses optaron por tratamientos que favorecieron la calidad de vida y el buen control de síntomas mientras que aquellos pacientes que creían tener alguna chance de supervivencia mayor a 6 meses, incluso si era tan pequeña como un 10%, optaron por continuar tratamientos oncoespecíficos⁹. Por consiguiente, si el PaP score y otras escalas pronósticas sobre-estiman la supervivencia en un factor de 2, podemos encontrarnos ante un optimismo equivocado, impactando negativamente en el objetivo de informar con más seguridad al paciente y a sus cuidadores.

Por todo lo anterior, los equipos de cuidados paliativos han de estar conscientes que, independientemente de la escala utilizada, lo fundamental es el entrenamiento en su uso y que se conozcan sus ventajas y limitaciones con la finalidad de entregar expectativas realistas y ofrecer tratamientos ajustados a las necesidades de cada paciente, evitando las terapias fútiles y optimizando el uso de los recursos sanitarios^{7,10}.

Bibliografía

1. Fernández-Rendón L, Rodríguez González F, Aguayo Canela M, Royo Aguado JL. Estudio comparativo de la escala Palliative Prognostic Score y la estimación de los médicos en la supervivencia de la enfermedad oncológica terminal. *Med Paliat.* 2016;23:55–62.

2. Glare P, Sinclair C, Downing M, Stone P, Maltoni M, Vigano A. Predicting survival in patients with advanced disease. *Eur J Cancer*. 2008;44:1146–56.
3. Llobera J, Esteva M, Rifà J, Benito E, Terrasa J, Rojas C, et al. Terminal cancer: Duration and prediction of survival time. *Eur J Cancer*. 2000;36:2036–43.
4. Verger E, Conill C, Chicote S, de Azpiazu P. Value of the Karnofsky index as indicator of life prognosis in terminal oncology patients. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:74.
5. Conill C, Verger E, Salamero M. Performance status assessment in cancer patients. *Cancer*. 1990;65:1864–6.
6. Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. *Arch Intern Med*. 1988;148:1586–91.
7. Terret C, Albrand G, Moncenix G, Droz JP. Karnofsky Performance Scale (KPS) or Physical Performance Test (PPT)? That is the question. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77:142–7.
8. Conill C, Verger E, Garrigós A. Prognostic accuracy of survival in patients with advanced cancer. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:635.
9. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998;279:1709–14.
10. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003;327:195–8.

Andrés Vargas^{a,*} y Sara Delgado^b

^a *Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: wavargas@clinic.ub.es (A. Vargas).