



ORIGINAL

Análisis de concordancia entre el pronóstico vital esperado y la supervivencia real en una unidad de cuidados paliativos

Elena Ávila¹, Helena Carretero², Pablo Sastre¹, José Carlos Bermejo³ y Marta Villacieros^{2*}

¹Unidad de Cuidados Paliativos, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid, España. ²Investigación, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid, España. ³Dirección, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid, España

Recibido el 30 de abril de 2020

Aceptado el 5 de julio de 2020

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, pronóstico vital esperado, tiempo de supervivencia, predicción clínica, derivación a UCP.

Resumen

Objetivo: Valorar la concordancia entre pronóstico vital esperado (PVE) al ingreso en cuidados paliativos (CP) y tiempo de supervivencia (TS) real, la influencia del tipo de enfermedad (oncológica o no), unidad de derivación (domiciliaria [ESADP y AECC] y hospitalaria [UCPH y sin UCP]) y TS.

Método: Estudio retrospectivo sobre pacientes ingresados durante un año (2019) en una unidad de CP. Se realizaron pruebas binomiales para valorar diferencias entre proporciones de concordancia PVE-TS en las categorías de PVE y procedencia, Chi cuadrado para valorar su independencia y V de Cramer para valorar asociación. Modelo multivariado de regresión logística binaria para valorar la asociación entre la precisión del pronóstico y covariables PVE, procedencia, tipo de enfermedad y supervivencia. Funciones de supervivencia (método Kaplan-Meier) para las categorías PVE y sin PVE. ANOVA de un factor y eta cuadrado para valorar la relación entre PVE y PPS.

Resultados: Se incluyeron 496 pacientes, edad media de 74,17 años (DT = 13,59), 53,4 % mujeres, 85,7 % pacientes oncológicos y mediana de supervivencia de 9,5 días de distintas procedencias. El PVE fue de días (12,5 %), días-semanas (12,5 %), semanas (57,9 %), semanas-meses (1,6 %), meses (1,2 %) y perdido (14,3 %). La proporción de concordancia PVE-TS fue superior para PVE días (74,2 %) y días-semanas (95,2b%) y unidades domiciliarias (ESADP [66,2 %] y UCPD-AECC [69,7 %]). El tipo de enfermedad, procedencia, PVE y TS explicaron un 37,8 % de la variabilidad de concordancia PVE-TS, que fue superior en pacientes oncológicos (OR = 2,385; IC 95 % 1,207-4,712) y en días-semana (OR = 6,124; IC 95 % 1,572-23,862) e inferior en unidades sin CP (OR = 0,406; IC 95 % 0,190-0,866), semanas (OR = 0,360; IC 95 %: 0,172-0,750) y TS mayor (OR = 0,955; IC 95 %: 0,937-0,971).

Conclusiones: El PVE es fiable y tiene capacidad discriminante cuando el fallecimiento se prevé cercano y es mejor entre especialistas de CP y en pacientes oncológicos. Cuando el fallecimiento no se prevé cercano se tiende a no completar el PVE.

*Autor para correspondencia:

Marta Villacieros

Centro de Humanización de la Salud. Sector Escultores, n.º 39. 28760, Tres Cantos, Madrid, España

Correo electrónico: investigacion@humanizar.es

DOI: [10.20986/medpal.2020.1148/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1148/2020)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Palliative care, expected life forecast, clinical prediction of survival, survival time, clinical prediction, PCU referral.

Abstract

Aim: To evaluate concordance between the clinical prediction of survival (CPS) at the time of admission in a palliative care (PC) unit and actual survival time (ST), as well as the influence of illness type (cancer or otherwise), unit of provenance (home care [ESAPD and AECC] and hospital [with or without a PCU]).

Methods: A retrospective study of patients admitted over one year (2019) to a PC unit. Binomial tests were done to assess differences in CPS-ST concordance proportions in the CPS and provenance categories, the Chi-squared test to assess their independence, and Cremer's V-test to assess their association. A multivariate binary logistic regression model was used to test the association between prognosis accuracy and the covariates CPS, provenance, type of illness, and survival. Survival functions (Kaplan-Meier method) were used for the CPS and missed CPS categories. A one-way ANOVA and eta-squared test were used to evaluate the relationship between CPS and PPS.

Results: A total of 496 patients were included with a mean age of 74.17 years (SD = 13.59); 53.4 % were women, 85.7 % were cancer patients, and median survival was 9.5 days for any provenance. The CPS was expressed as days (12.5 %), days-weeks (12.5 %), weeks (57.9 %), weeks-months (1.6 %), months (1.2 %), and missed (14.3 %). CPS-ST concordance proportions were higher for CPS in days (74.2 %) and days-weeks (95.2 %), and for home care units (ESAPD [66.2 %] and UCPD-AECC [69.7 %]). Type of illness, provenance, CPS, and ST explained 37.8 % of the variability in CPS-ST concordance, which was higher for oncology patients (OR = 2.385; 95 % CI: 1.207-4.712) and days-weeks (OR = 6.124; 95 % CI: 1.572-23.862), and lower for units without PC (OR = 0.406; 95 % CI: 0.190-0.866), weeks (OR = 0.360; 95 % CI: 0.172-0.750) and longer ST (OR = 0.955; 95 % CI: 0.937-0.971).

Conclusion: CPS is reliable and has discriminating ability when death is foreseen in the shorter term, and it is better for PC specialists and cancer patients. When near death is not expected, there is a tendency to leave CPS incomplete.

Ávila E, Carretero H, Sastre P, Bermejo JC, Villacieros M. Análisis de concordancia entre el pronóstico vital esperado y la supervivencia real en una unidad de cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2020;27(2):114-120

Introducción

Los cuidados paliativos (CP) incluyen una atención interdisciplinar e integral a pacientes con enfermedades que no responden a tratamiento curativo en las fases finales de una enfermedad terminal, y a su familia. Su objetivo es preservar la mejor calidad de vida posible del paciente, por lo que la atención se centra tanto en el control del dolor y síntomas físicos como en la atención de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales¹⁻³. Su atención se dirige a cualquier enfermedad crónica avanzada, progresiva e incurable, con evolución oscilante y frecuentes crisis de necesidad que generan un gran impacto emocional a pacientes y familia. Dentro de estas patologías, además del cáncer, se encuentran las insuficiencias orgánicas (cardíaca, renal, hepática, respiratoria), demencias, enfermedad de Parkinson, enfermedades de la motoneurona (esclerosis lateral amiotrófica [ELA] y otras), enfermedades vasculares o SIDA^{4,5}. El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) dispone de unidades específicas de CP, domiciliarias y hospitalarias, para garantizar la asistencia paliativa adecuada a cualquier nivel de complejidad: unidades de CP domiciliarias públicas (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria [ESAPD]) y concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer

(AECC), equipos de soporte hospitalario que dan apoyo a otros servicios, unidades de cuidados paliativos de agudos para tratar las situaciones más complejas y unidades de cuidados paliativos de media estancia (UCPME), que garantizan la continuidad de los cuidados cuando no se puede llevar a cabo en el domicilio, por gravedad de síntomas o claudicación familiar⁴.

Para la valoración del recurso asistencial más adecuado a las necesidades de cada paciente es de vital importancia para tener en cuenta el pronóstico vital, pues de ello dependen muchas de las decisiones clínicas y personales que se tomen: objetivos de atención, elección de recursos, comunicación entre equipos de CP y familia o preparación de pacientes y familiares para la etapa final del proceso⁶. Ofrecer un pronóstico de vida preciso es una tarea complicada; se han desarrollado múltiples instrumentos validados basados en indicadores subjetivos y objetivos para estimar la supervivencia^{7,8}, aunque en la práctica el enfoque pronóstico más utilizado es la predicción clínica de supervivencia (CPS) o pronóstico vital esperado (PVE) porque su escala temporal (días, semanas, meses) tiene una interpretación sencilla y adecuada a la planificación asistencial y de recursos, incluyendo valoraciones que otras escalas ignoran, como la experiencia, el conocimiento del

paciente, la pericia clínica, etc.⁸⁻¹¹. Los estudios muestran que tanto los instrumentos como la PVE presentan diferente grado de precisión dependiendo de poblaciones, centros de atención, especialidad de los facultativos⁶, tipo de enfermedad^{12,13}, relación médico-paciente¹⁴ y tiempo de supervivencia (TS)^{10,12,15,16}. Algunos estudios observan que el PVE tiende a ser poco preciso y sobreestimar la supervivencia^{9,10,14,17,18} y que es más preciso cuando el fallecimiento se prevé cercano^{10,12,16}. Sin embargo, estudios recientes han concluido que es tan preciso como otros instrumentos al predecir una supervivencia corta (días o semanas)¹⁵. La AECOP recomienda su uso en asociación con escalas de valoración funcional y datos bioquímicos^{14,19}.

Sobre la precisión del PVE pueden influir variables como el tipo de enfermedad o la unidad de procedencia. Este estudio se elabora con el objetivo de analizar la utilidad del tiempo de supervivencia que el clínico pronostica de manera subjetiva según su experiencia al derivar a un paciente a una unidad de cuidados paliativos de media estancia en la Comunidad de Madrid. Para ello, se pusieron en relación el PVE valorado en las distintas unidades de derivación con el TS desde el ingreso del paciente en la UCPME que lo recibe. Además, se estudió el valor pronóstico de la puntuación Palliative Performance Scale (PPS), la influencia del tipo de enfermedad, oncológica o no, el tipo de unidad de derivación.

Material y métodos

Participantes

Se analizaron los datos de los 496 pacientes ingresados en una UCPME durante el año 2019 (altas hasta el 31 de enero de 2020). Esta UCP (de 33 habitaciones individuales) recibe derivaciones de otros centros sanitarios de la Comunidad de Madrid concertados con el SERMAS de ESAPD, concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer, UCP hospitalarias (UCPH) y hospitales sin UCP. La gestión de ingresos en las UCPME se realiza de forma centralizada por la Unidad de Atención Paliativa Continuada (Pal24)⁴.

Variables

Del documento único de derivación a UCP para adultos (cumplimentado por los profesionales médicos que solicitan el traslado) se tomaron las siguientes variables de manera retrospectiva: sociodemográficas (sexo, edad), de la enfermedad (oncológica o no), servicio de derivación o procedencia (ESAPD, AECC, UCPH y Hospitales), puntuación PPS en el momento de derivación y PVE.

El TS o diferencia en días entre la fecha de alta o defunción y la fecha de ingreso, y estatus (fallecido o alta) se tomó de la base de datos del centro.

La escala PPS²⁰ se utilizó para valorar la capacidad funcional física de pacientes en cuidados paliativos en base a cinco criterios: deambulación, nivel de actividad y evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta oral y nivel de conciencia. Tiene 11 niveles, con una puntuación mínima de 0 % (muerte) y máxima de 100 % (sano) en intervalos de 10 %²¹⁻²³.

El PVE, según consta en el documento de derivación, incluye cinco niveles: días (0-6 días), días-semanas (0-27 días), semanas (7-27 días), semanas-meses (>7 días) y meses (> 28 días). Los días que incluye cada nivel se consensuaron entre los profesionales de la UCP ya que no existe referencia alguna de los días exactos que incluye cada intervalo.

La concordancia PVE-TS, como indicador de precisión del pronóstico, se calculó como concordancia PVE-TS si el TS estuvo dentro del rango de la categoría PVE pronosticada y discordancia PVE-TS si el TS quedaba fuera del rango.

Para aquellos pacientes que ingresaron más de una vez en el centro en el mismo año únicamente se incluyeron los datos del último ingreso.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Para las variables categóricas (sexo, tipo de enfermedad, procedencia, estatus y PVE) se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas (edad, tiempo de supervivencia, PPS y días de error) se calculó la media, desviación típica, mediana y rango intercuartílico. Se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas mediante histogramas y la prueba Kolmogorov-Smirnov, ninguna de las variables seguía una distribución normal. Se realizó la prueba binomial para valorar la diferencia entre las proporciones de concordancia y discordancia en PVE-TS. Mediante la prueba Chi cuadrado de independencia y el coeficiente V de Cramer se valoró la relación entre la concordancia PVE-TS con PVE y procedencia. Para comprobar en qué categorías (de las variables PVE y procedencia) eran mayores las concordancias obtenidas que las esperadas por el azar se realizó la prueba binomial (contraste de proporciones). Se ajustó un modelo multivariado de regresión logística binaria para valorar la asociación entre concordancia PVE-TS y las covariables PVE, procedencia, tipo de enfermedad y TS. Para la inclusión de variables se utilizó el método selección por pasos hacia delante, se comprobó el cumplimiento de los supuestos y la posible presencia de casos atípicos e influyentes. Posteriormente se estimaron las funciones de supervivencia mediante el método Kaplan-Meier para los cinco niveles de la variable PVE y los perdidos (casos no valorados por el clínico) y se analizaron las diferencias entre ellas mediante el estadístico de Tarone-Ware con la corrección de Bonferroni para controlar la tasa de error, ya que las tasas no fueron proporcionales²⁴. Para valorar la relación entre PVE y PPS se realizó un análisis ANOVA de un factor (comparaciones post-hoc mediante el estadístico de Tuckey) y se calculó el tamaño del efecto con eta cuadrado. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS v. 25. Todos los contrastes se realizaron bilateralmente con un nivel de significación de 0,05.

Aspectos éticos

La dirección del centro autorizó la realización del estudio, que se llevó a cabo siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki.

Resultados

Características descriptivas de la muestra

Los $n = 496$ pacientes obtuvieron una edad media de 74,17 (desviación típica [DT] = 13,59) y mediana de 76 años (rango intercuartílico [RIC] = 20); la media del TS fue de 19,98 (DT = 29,06) y la mediana de 9,5 días (RIC = 21). La media de PPS ($n = 446$) fue de 37,57 (DT = 10,45) y la mediana de 40 (RIC = 10). Como se observa en la Tabla I, la mayor parte fueron pacientes oncológicos (425; 85,7%), procedentes de UCPH (212; 42,7%) y ESAPD (187; 37,7%), que fallecieron (476; 96%) y con PVE de semanas (287; 57,9%).

Concordancia PVE-TS

Se analizaron los datos de los 425 pacientes que tenían valoración de PVE. Se consideró concordancia cuando el TS entró dentro del rango de días pronosticados en PVE y discordancia en caso contrario. El error (en días de supervivencia) se calculó como la diferencia entre los días de TS y el límite del rango de PVE. Se cometieron $n = 187$ (44%) fallos, con un error de predicción de 14,14 días de media (DT = 24,42) y 5 días de mediana (RIC = 15). El 46,5% ($n = 87$) de estos errores fueron de sobreestimación (TS < PVE) y el 53,5% ($n = 100$) fueron infraestimaciones (TS > PVE).

Como se observa en la Tabla II, la proporción de concordancia fue del 56% (238) siendo significativamente

($p = 0,015$) superior a la proporción de discordancia 44% (187) en la prueba binomial. Tanto el PVE ($= 68,899$; $gl = 4$; $p < 0,001$) como procedencia ($= 19,969$; $gl = 3$; $p < 0,001$) presentaban proporciones de concordancia significativamente diferentes para sus categorías. PVE ($V_{\text{Cramer}} = 0,403$; $p < 0,001$) mostró una relación mayor que procedencia ($V_{\text{Cramer}} = 0,217$; $p < 0,001$) con el porcentaje de concordancia PVE-TS. Las categorías de PVE que presentaron una proporción de concordancia significativamente ($p < 0,001$) superior a la de discordancia fueron Días (74,2% vs. 25,8%) y Días-Semanas (95,2% vs. 4,8%). Según procedencia, fueron las unidades de derivación domiciliaria ESAPD (66,2%; $n = 104$) y UCPD-AECC (69,7%; $n = 23$) las que presentaron proporción de concordancia significativamente ($p < 0,05$) superior a la esperada por el azar en la prueba binomial.

Para el análisis de regresión se utilizaron los datos de los 407 (82,1% de la muestra) casos que no tenían ningún valor perdido en alguna de las variables. En estos casos hubo 226 (55,5%) concordancias y 181 (44,5%) discordancias. La proporción de concordancia fue un 24,9% superior a la de discordancia.

El modelo de regresión logística obtenido explicó un 37,8% de la variabilidad de la proporción de concordancia PVE ($R^2_{\text{de Nedelkerke}} = 0,378$. $G^2 = 135,01$; $gl = 9$; $p < 0,001$). Todas las variables incluidas en el modelo presentaban coeficientes de regresión (B) estadísticamente significativos (E. Wald con $p < 0,05$) (Tabla III). La odds de concordancia es 2,4 veces superior en pacientes oncológicos frente a no oncológicos (Exp(B) = 2,385; IC 95%: 1,207-4,712), disminuye un 5% con cada día que aumenta el TS (Exp(B) = 0,955; IC 95%: 0,937-0,971), en hospitales sin UCP es un 59,4% inferior que en los ESAD (Exp(B) = 0,406; IC 95%: 0,190-0,866), en la categoría Días-Semana es 6,1 veces superior (Exp(B) = 6,124; IC 95%: 1,572-23,862) y en la categoría Semanas es un 64% inferior (Exp(B) = 0,360; IC 95%: 0,172-,750).

En la Figura 1 se muestran las curvas de supervivencia estimadas por el método de Kaplan-Meier estratificadas para los cinco niveles de PVE y los casos perdidos.

Mediante la función de supervivencia se estima que el TS medio en el centro es de 22,05 días (IC 95% 18,8-25,3), aunque la mitad de los pacientes permanece en unidad durante 10 (= Me [mediana]; IC 95% 8,6-11,4) días o menos. El TS medio para las categorías de PVE Perdidos ($\bar{X} = 38,31$ días; IC 95% 23,4-53,2) y Semanas ($\bar{X} = 24,60$ días; IC 95% 20,7-28,5) fueron significativamente ($p < 0,001$) superiores que para las categorías Días ($\bar{X} = 6,71$ días, IC 95% 4,39-9,03) y Días-Semanas ($\bar{X} = 8,55$; IC 95% 6,3-10,8). No se encontraron diferencias significativas en los TS medios de Semanas-Meses ($\bar{X} = 13,19$; IC 95% 2,13-24,2) y Meses ($\bar{X} = 12,83$, IC 95% 3,99-21,7) con los demás grupos. Estas diferencias pueden observarse en la Figura 1: las curvas Días y Días-Semana descienden más rápido que las de Semanas y Perdidos.

Las medianas del TS para las categorías de PVE Semanas (Me = 14 días; IC 95% 11,84-16,16) y Perdidos (Me = 10 días; IC 95% 4,22-15,77) fueron superiores que para las demás categorías, Días (Me = 3 días, IC 95% 1,97-4,03), Días-Semanas (Me = 6 días; IC 95% 4,38-7,62), Semanas-Meses (Me = 7; IC 95% 0-17,53), Meses (Me = 5, IC 95% 0-14,6), aunque las estimaciones podrían estar sesgadas debido a los pocos casos de estas dos últimas categorías ($n = 8$ y 6).

Tabla I. Datos descriptivos de la cohorte (frecuencias absolutas y relativas)

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	231	46,6
	Mujer	265	53,4
Tipo de enfermedad	Oncológica	425	85,7
	No oncológica	71	14,3
Procedencia	ESAPD	187	37,7
	UCPD-AECC	39	7,9
	UCPH	212	42,7
	HOSPITAL	58	11,7
Estatus	Fallecido	476	96
	Censurados	20	4
PVE	Días (0-6)	62	12,5
	Días-semanas (0-27)	62	12,5
	Semanas (7-27)	287	57,9
	Semanas-meses (> 7)	8	1,6
	Meses (> 27)	6	1,2
	No consta	71	14,3
Total		496	100

ESAPD: equipo de soporte de atención pública domiciliaria.

UCPD: unidad de cuidados paliativos domiciliarios. AECC:

Asociación Española Contra el Cáncer. UCPH: unidad de cuidados paliativos hospitalarios. PVE: pronóstico vital esperado.

Tabla II. Contraste de proporciones (prueba binomial) de concordancia PVE-TS en función de categorías PVE y procedencia

	Concordancia PVE-TS			Valor p	
	Concordancia n (%)	Discordancia n (%)	Total n (%)		
Total ingresados con dato PVE	238 (56 %)	187 (44 %)	425	P = 0,015*	
PVE	Días	46 (74,2 %)	16 (25,8 %)	62 (100 %)	P < 0,001*
	Días-Semanas	59 (95,2 %)	3 (4,8 %)	62 (100 %)	P < 0,001*
	Semanas	129 (44,9 %)	158 (55,1 %)	287 (100 %)	P = 0,098
	Semanas-Meses	4 (50 %)	4 (50 %)	8 (100 %)	P = 1
	Meses	0 (0 %)	6 (100 %)	6 (100 %)	P = 0,031*
Procedencia	ESAPD	104 (66,2 %)	53 (33,8 %)	157 (100 %)	P < 0,001*
	UCPD-AECC	23 (69,7 %)	10 (30,3 %)	33 (100 %)	P = 0,035*
	UCPH	91 (50,6 %)	89 (49,4 %)	180 (100 %)	P = 0,941
	HOSPITAL	20 (36,4 %)	35 (63,6 %)	55 (100 %)	P = 0,058

*: nivel de significación < 0,05. PVE: pronóstico vital esperado. TS: tiempo de supervivencia. ESAPD: equipo de soporte de atención pública domiciliaria. UCPD: unidad de cuidados paliativos domiciliarios. AECC: Asociación Española Contra el Cáncer. UCPH: unidad de cuidados paliativos hospitalarios.

Tabla III. Variables incluidas en la ecuación de regresión logística binaria

	B	Error típico	Wald	gl	sig	Exp(B)***	IC 95 % Exp(B)
Constante	0,968	0,422	5,273	1	0,022	2,634	
Enfermedad oncológica	0,869	0,348	6,254	1	0,012	2,385	(1,207-4,712)
Tiempo de supervivencia	-0,046	0,009	29,019	1	0,000	0,955	(0,937-0,971)
Procedencia*			8,137	3	0,043		
AECC	-0,128	0,495	0,067	1	0,796	0,880	(0,333-2,322)
UCPH	0,155	0,283	0,299	1	0,584	1,167	(0,671-2,032)
HOSPITAL	-0,902	0,386	5,444	1	0,020	0,406	(0,190-0,866)
PVE (pronóstico vital esperado) **			25,425	4	0,000		
Días-Semanas	1,812	0,694	6,820	1	0,009	6,124	(1,572-23,862)
Semanas	-1,023	0,375	7,435	1	0,006	0,360	(0,172-0,750)
Semanas-Meses	-1,144	0,824	1,927	1	0,165	0,318	(0,063-1,602)
Meses	-22,254	15604,353	0,000	1	0,999	0,000	

*: el nivel tomado como referencia fue Procedencia = ESAPD. **: el nivel tomado como referencia fue PVE = Días. ***: Exp(B) es una estimación de las Odds (Constante) y Odds Ratio (Variables). AECC: Asociación Española Contra el Cáncer. UCPH: unidad de cuidados paliativos hospitalarios.

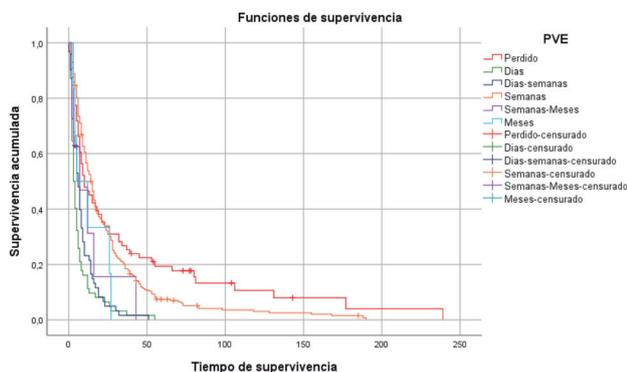


Figura 1. Curvas de supervivencia para las categorías PVE y perdidos de PVE.

Diferencias de medias PPS entre las categorías PVE

Por último, a partir de los $n = 407$ pacientes que disponían del dato de PVE y PPS se realizó la prueba ANOVA de un factor. No se pudo considerar a la variable normal, pero sí homocedástica y simétrica para los grupos con mayor tamaño muestral. Como se observa en la Figura 2, se obtuvieron diferencias significativas en el valor medio de PPS de las diferentes categorías PVE (F [frecuencia] = 34,33, gl [grados de libertad] = 4, $p < 0,001$); las medias PPS de Días ($\bar{X} = 29,47$; dt (desviación típica) = 10,76) y de Días-Semanas ($\bar{X} = 28,5$; $dt = 9,17$) fueron significativamente inferiores a las medias PPS de Semanas ($\bar{X} = 40,47$, $dt = 8,63$), Semanas-Meses ($\bar{X} = 43,13$; $dt = 7,99$) y Meses ($\bar{X} = 41,67$; $dt = 11,69$). PVE y PPS tienen una alta asociación de Cohen (η^2 cuadrado) = 0,255, es decir, el PVE aporta un 25,5 % de la variabilidad del PPS.

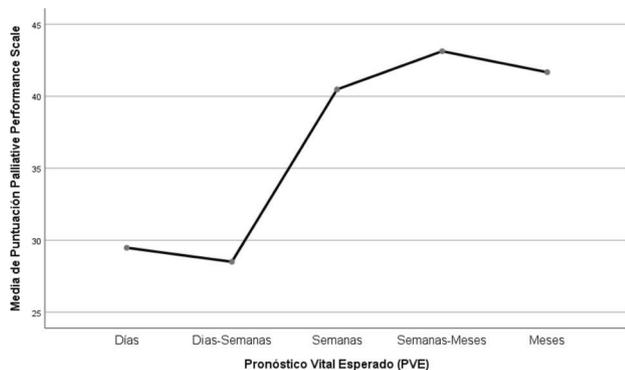


Figura 2. Medias PPS en función de las categorías PVE.

Discusión

El objetivo del estudio fue analizar el valor del PVE evaluando el nivel de concordancia entre PVE ofrecido en la derivación y TS real del paciente en la UCP y, con los datos recogidos, se puede confirmar que la utilidad del PVE es parcial, ya que la proporción de concordancia únicamente es superior a la de discordancia en dos categorías PVE; Días y Días-Semanas. Por otro lado, al evaluar la influencia de otras variables en la precisión del pronóstico se ha observado que las unidades de procedencia domiciliarias fueron las que mejor estimaron la supervivencia con una precisión del 66 % y que la precisión del pronóstico es mejor en pacientes oncológicos de unidades con especialistas en CP y si el fallecimiento se prevé cercano.

Respecto a la precisión del PVE, en líneas generales en este estudio es más alta (56 % aciertos) que en otros estudios, en los que varía entre un 34-58 %¹² o 23-78 %¹⁵ y la mitad de los fallos de pronóstico fueron de 5 días o menos. Esta variabilidad puede ser debida a que muchos estudios de supervivencia se centran únicamente en pacientes oncológicos y con tiempos de supervivencia mayores.

En otros estudios^{10,12,16}, incluso con una supervivencia (Me = 10 días) similar a la de nuestro estudio^{10,14}, se ha reportado un incremento notable en la precisión del CPS (o PVE) comparable a la de otras escalas validadas, normalmente más precisas, señalándose la existencia de un “efecto horizonte”, por el cual las estimaciones son más precisas a medida que la supervivencia es menor. En la misma línea de resultados, nuestros clínicos fueron capaces de diferenciar entre pacientes con fallecimiento temprano (hasta 10 días) o más tardío (más de 20 días), ya que las curvas de supervivencia para Días y Días-Semana fueron inferiores a las de Semana y la concordancia PVE-TS fue muy elevada en pacientes incluidos en Días (74,2 %) o Días-Semanas (95,2 %). Sin embargo, los pronósticos de mayor rango, Semanas-Meses y Meses, demostraron tener poca utilidad: los aciertos fueron escasos o nulos y las curvas de supervivencia no fueron diferentes a las de otros grupos. Por ello, también tiene sentido que los pacientes sin pronóstico PVE tuvieran una supervivencia real más alta, indicando que los facultativos prefieren no arriesgarse a establecer un pronóstico cuando no prevén un fallecimiento cercano.

Las unidades de procedencia domiciliarias fueron las que mejor estimaron la supervivencia por lo que tal y como señala Forcano y cols.¹⁴ la precisión del pronóstico puede mejorar cuando la relación entre paciente y profesional es más cercana y próxima. Por otro lado, la elevada tasa de error (63 %) de las unidades sin soporte de CP evidencia que la falta de experiencia en CP disminuye la precisión de los diagnósticos^{7,13}.

Como ya anticipábamos, y de acuerdo con lo que indican otros estudios^{12,13}, la precisión del pronóstico es mejor en pacientes oncológicos, que mejora en las unidades que tienen especialistas en CP y que es más acertada cuando el fallecimiento se prevé cercano. Aunque la mayoría de estudios en CP se realizan en pacientes oncológicos, los que han estudiado poblaciones no oncológicas también han señalado la pérdida de precisión en la estimación de la supervivencia, tanto en la percepción clínica como en los instrumentos¹⁰. Tal y como señalaban Thai y cols.¹⁰ o Forcano y cols.¹⁴ factores como el tipo de patología, la relación clínico-paciente o la experiencia y/o especialidad del facultativo pueden variar la precisión del pronóstico⁸.

Al contrario de lo que indican otros estudios^{9,10,14-19}, en nuestro modelo de regresión, el PPS no ayudó a incrementar la precisión del PVE significativamente, aunque sí podemos observar diferencias entre las bajas puntuaciones PPS para los niveles de bajo PVE (Días y Días-Semanas) y los altos PVE (Semanas, Semanas-Meses y Meses), las dos categorías en las que los clínicos han sido capaces de distinguir supervivencia corta o media y la correlación entre ambas es elevada.

Por último, numerosos estudios han manifestado la tendencia de los clínicos a sobreestimar la supervivencia^{9,10,14-19}. En nuestros datos podemos observar una tendencia a la sobreestimación en las medianas de supervivencia, ya que las predicciones más precisas fueron en Días (Me = 3 días) y Semanas (Me = 14) situándose en el centro del intervalo. Y, sin embargo en Días-Semanas (Me = 6), Semanas-Meses (Me = 7) y Meses (Me = 5) se puede observar una tendencia a la sobreestimación.

Como limitaciones del estudio, señalar que podría existir algún tipo de sesgo en la muestra ya que es posible que, a la hora de derivar pacientes a esta UCP, desde Pal24 se haya seleccionado un perfil concreto de pacientes. Por otro lado, el pequeño número de pacientes de algunas categorías PVE (Semanas-Meses y Meses) podría también llevar a conclusiones erróneas, pero el hecho de haber analizado todos los pacientes ingresados en la UCP (con datos suficientes) lleva a concluir que los resultados pueden ser generalizables a poblaciones con semejantes características. Aun así, sería interesante replicar este análisis contando con los datos recogidos en otras UCP, al menos, de la Comunidad de Madrid.

Conclusiones

El pronóstico clínico subjetivo es fiable y tiene capacidad discriminante cuando el fallecimiento se prevé cercano, ya que el PVE es capaz de discriminar entre categorías de supervivencia de corto plazo y medio plazo. Sin embargo, los pronósticos más largos (meses) carecen de fiabilidad. A la hora de valorar la precisión de los pronósticos es importante valorar la especialidad del facultativo que emite el pronós-

tico, el tipo de enfermedad y la esperanza de vida, ya que mejora con los especialistas de CP, en pacientes oncológicos y cuando la muerte se prevé cercana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Historia de los Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 1997 [actualizado en mayo de 2018; citado 16 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1.
2. Cuidados Paliativos. Datos y cifras [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS): 2018 [actualizado el 19 de Febrero de 2018; citado el 16 abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. About the EAPC [Internet]. Bélgica; [actualizado el 20 de Febrero de 2019; citado el 16 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do>.
4. Dirección General de Coordinación del a Asistencia Sanitaria, Servicio Madrileño de Salud. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020. Madrid: Comunidad de Madrid; 2019.
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), editor. Guía de Cuidados Paliativos Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL [Internet]. [consultado el 16 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>.
6. Glare PA, Sinclair CT. Palliative medicine review: Prognostication. *J Palliat Med*. 2008;11:84-103.
7. Simmons CPL, McMillan DC, McWilliams K, Sande TA, Fearon KC, Tuck S, et al. Prognostic Tools in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53:962-70.
8. Hui D, Paiva CE, del Fabbro EG, Steer C, Naberhuis J, van de Wetering M, et al. Prognostication in advanced cancer: update and directions for future research. *Support Care Cancer*. 2019;27:1973-84.
9. Farinholt P, Park M, Guo Y, Bruera E, Hui D. A Comparison of the Accuracy of Clinician Prediction of Survival Versus the Palliative Prognostic Index. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55:792-7.
10. Thai V, Ghosh S, Tarumi Y, Wolch G, Fassbender K, Lau F, et al. Clinical prediction survival of advanced cancer patients by palliative care: a multi-site study. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22:380-7.
11. Hui D. Prognostication of Survival in Patients With Advanced Cancer: Predicting the Unpredictable? *Cancer Control*. 2015;22:489-97.
12. White N, Reid F, Harris A, Harries P, Stone P. A systematic review of predictions of survival in palliative care: How accurate are clinicians and who are the experts? *PLoS ONE*. 2016;11:e0161407.
13. 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.
14. Forcano García M, Quilez Salas N, Vial Escolano R, Solsona Fernández S, González García P. Prediction of survival in patients with advanced cancer. *Med Paliat*. 2015;22:106-16.
15. Hui D, Ross J, Park M, Dev R, Vidal M, Liu D, et al. Predicting survival in patients with advanced cancer in the last weeks of life: How accurate are prognostic models compared to clinicians' estimates? *Palliat Med*. 2020;34:126-33.
16. 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;327:195-201.
17. Hui D, Park M, Liu D, Paiva CE, Suh S-Y, Morita T, et al. Clinician Prediction of Survival versus The Palliative Prognostic Score: Which Approach is More Accurate? *Eur J Cancer*. 2016;64:89-95.
18. Garrido S, de Miguel C, Vicente F, Cabrera R, Macé I, Riestra A. La impresión clínica como estimador del tiempo de supervivencia en pacientes oncológicos en situación terminal. *Aten Primaria*. 2004;34:75-80.
19. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmuller S, et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: Evidence-based clinical recommendations - A study by the steering committee of the european association for palliative care. *J Clin Oncol*. 2005;23:6240-8.
20. Anderson F, Downing G, Hill J, Caroso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): A New Tool. *J Palliat Care*. 1996;12:5-11.
21. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Validity of the Palliative Performance Scale from a Survival Perspective. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18:2-3.
22. Sancho Zamora MA, Plana MN, Zamora J, Rexach Cano L, Millas IC, Díaz Álvaro A, et al. Supervivencia, según la Palliative Performance Scale, de pacientes oncológicos trasladados a unidades de cuidados paliativos de media estancia por un equipo de soporte hospitalario. *Med Paliat*. 2014;21:9-14.
23. Cai J, Guerriere DN, Zhao H, Coyte PC. Correlation of palliative performance scale and survival in patients with cancer receiving home-based palliative care. *J Palliat Care*. 2018;33:95-9.
24. Pardo A, Ruiz MÁ. Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud III. Madrid: Síntesis; 2012.