

Gaceta Bibliográfica de Atención Primaria



ACTITUDES DE LOS MÉDICOS ANTE LA MUERTE Y LOS ENFERMOS TERMINALES VEINTE AÑOS DESPUES DE FINALIZAR SUS ESTUDIOS EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

Dickinson GE, Tournier RE, Still BJ. Twenty years beyond Medical School. Physicians' Attitudes Toward Death and Terminally Ill Patients. Arch Intern Med 1999; 159: 1741-1744.

PREGUNTA: ¿Qué actitudes tienen los médicos ante la muerte y los pacientes gravemente enfermos? ¿Se modifican estas actitudes con los años de práctica clínica?

ANTECEDENTES: En la enseñanza actual, la mayoría de las relaciones prácticas con los enfermos son fugaces (1). Los estudiantes reciben una importante formación científica, pero sólo marginalmente se les enseña a comunicar con las personas enfermas. Como los médicos están entrenados para

diagnosticar y curar, experimentan los procesos terminales como fracasos, prolongando con frecuencia innecesariamente la agonía mediante procesos artificiales, sin proporcionar al paciente durante ese tiempo una buena calidad de vida ni facilitarle la preparación a su muerte. Sin embargo, por su rol, estos profesionales tienen un enorme poder para ayudara los pacientes moribundos y a sus familiares. Tienen, por ello, la obligación de no abandonarles. Al hilo de esta preocupación expresada recientemente por la American Medical Association y la Association of American Medical Colleges, los autores analizan las actitudes de los médicos con 20 años de práctica frente a la muerte, a los enfermos terminales y a sus familias (2,3).

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Licenciados en Medicina de las promociones entre 1972 y 1975 de cinco facultades de medicina (California del Sur, Vanderbilt, Pensilvania, Colorado, Yale).

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ: Estudio longitudinal prospectivo de cohortes.

Las facultades se seleccionaron tras valorar los currículos de 113 facultades de Estados Unidos, considerando aquellos que ofrecían cursos pregrado de cuidados paliativos. Se envió un cuestionario de 11 puntos, graduado con escala de Likert sobre actitudes ante la muerte y los pacientes terminales y sus familias a 1664 médicos en 1976 y de nuevo a 1109 en 1996 obteniendo respuestas en el 71 % y 63 % respectivamente (90 % hombres, proporción representativa de los graduados en la década de los 70).

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS: Actitud de los profesionales hacia los enfermos terminales y sus familias. Evolución de la misma con los años de experiencia profesional.

RESULTADOS PRINCIPALES: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) en las respuestas a los 11 puntos. Con

el paso de los años era menos frecuente que los médicos se deprimieran por la muerte de un paciente. Tras 20 años de ejercicio se mostraban más de acuerdo con la frase "cuando uno de mis pacientes se muere, siempre me pregunto si se podría haber hecho algo para salvarle" y menos de acuerdo con la afirmaciones "no pienso mucho sobre la muerte", "creo que los médicos remiten pacientes terminales a otros médicos más a menudo que no terminales para evitar tener que tratar con el proceso de su muerte". Resultaba menos difícil "contar a un paciente que va a morir" después de 2 décadas de ejercer la medicina y se estaba mucho más de acuerdo con que "es esencial que se le cuente a un paciente moribundo su pronóstico". También en 1996 encontraron menos difícil "tratar con la familia de un enfermo terminal que con las familias de mis otros pacientes". Las diferencias de actitud por sexo no alcanzaron significación estadística. En conjunto, después de 20 años los médicos encuestados se comunicaban mejor con los pacientes terminales y sus familias.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Inexistentes.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Conclusión: Tras dos décadas de ejercicio de la medicina las actitudes parecen haber cambiado, los médicos se muestran más comuni-

cados con los pacientes terminales y sus familias en relación con la muerte y el proceso de morir.

Comentario: Las reacciones de los médicos americanos recién licenciados son consistentes con las de la sociedad en la cual están socializados, "que niega la muerte". Después de muchos años de ejercicio, los médicos se enfrentan mejor a la muerte. Una educación pregrado adecuada podría facilitar este cambio de actitud.

Con las matizaciones propias de la cultura latina, se puede extrapolar la actitud de los profesionales frente a la enfermedad incurable.

Aunque no citados en este artículo, los profesionales de la enfermería, preparados para proporcionar cuidados continuados a la población y acompañar en su evolución a los enfermos, pueden prestar un servicio importante en el proceso de aceptación de la muerte y elaboración del duelo. [ACZ]

REFERENCIAS

1. *Christakis DA, Feudtner C. Temporary matters: the ethical consequences of transient social relationships in medical training. JAMA 1997; 278: 739-743.*
2. *AGS Ethics Committee. The Care of Dying Patients: A Position Statement from the American Geriatrics Society. JAGS 1995; 43: 577-578.*
3. *Rusell P, Sander R. Palliative care: promoting the concept of a healthy death. Br J Nurs 1998; 7: 256-261.*

SIGNOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE CON CÁNCER EN FASE TERMINAL

Viganó A, Bruera E, Jhangri JS, Newman SC, Fields AL, Suárez-Almazor ME. Clinical Survival Predictors in Patients with Advanced Cancer. Arch Intern Med 2000; 160: 861-867.

PREGUNTA: ¿Se pueden definir factores predictores de supervivencia en el paciente con cáncer en fase terminal a partir de signos clínicos o analíticos?

ANTECEDENTES: Actualmente, un tercio de la población de los países desarrollados puede ser diagnosticada de cáncer a lo largo de su vida. En aproximadamente un 50% de los pacientes el estadio es tan avanzado en el momento del diagnóstico que el tratamiento no les prolongará la vida. La fase terminal puede durar de días a meses, sin que hasta el momento haya criterios válidos para pronosticar la duración. El pronóstico incierto, tanto por exceso como por defecto, dificulta la toma de decisiones tanto a clínicos como a familiares y a los propios pacientes. En este estudio se recogen los diversos indicadores no invasores que, en estudios anteriores (1,2,3,4) han resultado buenos predictores de supervivencia.

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Cohorte de 227



pacientes consecutivos, de 18 años de edad o más, que acudieron al Cross Cancer Institute, Alberta, con diagnóstico de cáncer avanzado de pulmón, mama o tracto gastrointestinal.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ: Estudio de cohortes de 2 años y medio de duración (julio 96-diciembre 98). Al inicio se recogieron variables de laboratorio, clínica, características del tumor y de su tratamiento, demográficas y socioeconómicas. Se examinó la correlación entre dichas características y se hizo un análisis de supervivencia.

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS: Porcentaje de mortalidad en el periodo estudiado, media de supervivencia, supervivencia relación al tipo de tumor y a diferentes signos clínicos, socioeconómicos y de laboratorio.

RESULTADOS PRINCIPALES: Al terminar el estudio habían muerto el 91'6% de los pacientes. La media de supervivencia en la muestra fue de 15'3 semanas. La supervivencia más corta se asoció de forma independiente con cáncer primario de pulmón (frente al de mama o tracto gastrointestinal), metástasis hepáticas, niveles moderados o importantes de patología asociada (frente a ausencia o niveles bajos), pérdida de más de 8 Kg de peso en los 6 meses anteriores, cifras de albúmina sérica menores de 35 g/L, recuento linfocitario por debajo de 1×10^9 /L, niveles de LDH por encima

de 618 U/L y valoración clínica por el médico de menos de 2 meses de supervivencia (frente a 2-6 meses y más de 6 meses). El tipo de intervención y síntomas como náuseas y vómitos, peso del tumor, y características socioeconómicas tales como apoyo social, educación y niveles de ingresos no se encontraron asociados de forma independiente con la supervivencia, después de ajustar para el efecto de los factores de pronóstico.

CONFLICTOS DE INTERÉS: No conocidos.

El estudio ha sido parcialmente financiado por una beca para la investigación clínica del patrimonio de la Fundación Alberta para la investigación médica

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Conclusión: Algunos signos clínicos, como la pérdida de peso, metástasis hepáticas o patología asociada, el tipo de tumor, y datos de laboratorio, como el valor de la albúmina sérica, los linfocitos o la LDH, pueden ser útiles para predecir la supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado.

Comentario: El valor pronóstico independiente de bajo peso, recuento linfocitario disminuido y albúmina sérica baja, confirman el papel negativo de la desnutrición en la supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado. Los resultados sugieren que en los pacientes

con pronósticos más cortos (menos de 2 meses) la albúmina es el predictor más útil, mientras que cuando la supervivencia es de más de 2 meses el pronóstico se correlaciona mejor con otras consecuencias de la malnutrición, como disminución de peso corporal o deterioro del sistema inmune. El perfeccionamiento de la metodología aplicada al diseño y al desarrollo de los estudios de supervivencia ayudará a reducir la incertidumbre del pronóstico.

Ello contribuirá a mejorar la organización de los recursos destinados al cuidado del paciente por parte tanto de los profesionales como de los familiares [ACZ]

REFERENCIAS:

1. Allard P, Dionne A, Potvin D. Factors associated with length of survival among 1081 terminally ill cancer patients. *J Palliat Care* 1995; 11: 20-24.
2. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer* 1996; 32 A: 1135-1141.
3. Herrmann FR, Safran C, Levkoff SF, Kenneth I. Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission. *Arch Intern Med* 1992; 152: 125-130.
4. Ralston SH, Gallacher SJ, Patel U, Campbell J, Boyle IT. Cancer-associated hypercalcaemia: morbidity and mortality. *Ann Intern Med* 1990; 112: 499-504.



¿QUIÉN CUIDA AL CUIDADOR?

Emmanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL
Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers
Ann Intern Med 2000; 132: 451-459.

PREGUNTA: ¿Cuáles son las principales cargas que impone la enfermedad terminal?. ¿Que intervenciones pueden mejorar dichas cargas?

ANTECEDENTES: Estudios anteriores han demostrado que los cuidadores de pacientes con cáncer y demencia presentan mayor estrés psicosocial y tasas más altas de problemas de salud (1). El presente estudio pretende determinar los factores económicos o de otro tipo que condicionan la carga propia del enfermo terminal

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Población de seis ciudades americanas seleccionadas al azar. Se entrevistaron a 968 pacientes terminales y 893 cuidadores

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ: El listado de enfermos terminales fue proporcionado por sus médicos extrahospitalarios. Los propios enfermos fueron quienes identificaron a su cuidador principal. Se consideró como enfermo terminal el que, a criterio de su

médico, tenía un tiempo de supervivencia estimado menor de 6 meses.

No se seleccionaron pacientes al azar, sino que se invitó a participar a todos los identificados por sus médicos. Se excluyeron del estudio los enfermos con diagnóstico de HIV o SIDA, los que no hablaban inglés y los que no quisieron participar o eran incapaces de firmar consentimiento. Todos los participantes fueron entrevistados personalmente

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS: Necesidad de ayuda para la movilización, la alimentación, el cuidado personal o el cuidado de la casa. Percepción subjetiva de carga económica. Gastos en cuidados de salud (más del 10% de los ingresos del hogar). Depresión del cuidador principal, o sentimiento de interferencia del paciente con su vida privada. Consideración, por parte del paciente, de eutanasia o suicidio asistido.

RESULTADOS PRINCIPALES: Un 34'7% de los pacientes tenían necesidades básicas de cuidado. Entre los pacientes que tenían estas necesidades fue más frecuente la percepción de que eran una carga económica para sus familiares, 44'9% frente a 35'3% (9'6% de diferencia, IC 95% 3'1-16'1), sus ingresos se gastaban en los cuidados de salud, 28% frente a 17% entre los que no tenían necesidades básicas (11'0% de diferencia, IC 95% 4'8-17'1) y también

fue más frecuente que ellos o sus familias habían tenido que pedir un préstamo, o habían gastado sus ahorros, o habían tenido que buscar un trabajo adicional, 16'3% frente a 10'2% (6'1% de diferencia, IC 95% 1'4-10'6).

Los pacientes con necesidades básicas de cuidado tuvieron más probabilidad de plantearse la eutanasia o el suicidio asistido, 14'9% frente a 8'2% (6'7% de diferencia, IC no consta en ninguna parte del trabajo, aunque da una $p=0'001$). Los cuidadores de esos mismos pacientes tuvieron más probabilidad de síntomas depresivos, 31'4% frente a 24'8% (IC95% 0'4-12'8) e informaron con más frecuencia sentir que, sin dejar de quererlos, los enfermos interferían en sus vidas privadas, 35'6% frente a 24'3% (IC 95% 5'0-17'7).

Cuando los médicos dedicaron tiempo a escuchar las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, éstos últimos experimentaron menos cargas

CONFLICTOS DE INTERÉS: No conocidos.

El estudio ha sido financiado en parte por ayudas de Commonwealth Fund y Nathan Cummings Foundation

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Conclusión: Las necesidades básicas de cuidado son un factor determinante tanto de las cargas económicas como de las de otro



tipo impuestas por la enfermedad terminal. A través de la empatía los médicos pueden mejorar algunas de estas cargas

Comentario: Debido a los criterios de selección, las conclusiones del estudio no son aplicables a los moribundos (últimos días de vida) ni a los mentalmente incapacitados. Así mismo, debido a la mayor facilidad para que los profesionales identifiquen la fase terminal en los pacientes con cáncer más que en otro tipo de enfermos (2), los pacientes cancerosos están representados en exceso (más de un 50% del total de la población estudiada) si se tiene en cuenta el lugar que ocupan en la distribución de muertes dentro de la población general. Las muertes por enfermedad del corazón, enfermedad vasculocerebral, o enfermedad respiratoria crónica, entre otras, se dan muchas veces después de sucesivas agudizaciones y recuperaciones a lo largo de los años, lo que dificulta hacer un pronóstico de los últimos seis meses de vida de los afectados. Coincidiendo con estudios previos, que identifican como principal causa por la que los pacientes solicitan eutanasia o el suicidio asistido su miedo de ser una carga (3), (4), los datos de este trabajo encuentran relación entre necesidades básicas no cubiertas y planteamiento de muerte provocada por parte del paciente.

Finalmente, se reconoce aquí el importante papel que puede jugar el médico (posiblemente también la enfermera, aunque no haya sido

objeto de este estudio) en mejorar la calidad de la salud de pacientes terminales y sus cuidadores a través de la empatía. Para que se dé comunicación hace falta dedicar tiempo. Establecer una comunicación empática requiere, entre otras cosas, respetar tiempos de latencia personales y mantener periodicidad cortas de las visitas a domicilio. Una visita a domicilio cuesta, considerando el desplazamiento de ida y vuelta, como mínimo media hora (durante la cual un médico con poca presión asistencial resuelve 5 consultas en el centro de salud). Si se quiere humanizar la asistencia, habrá que reducir la proporción actual de habitantes/profesional, para que se pueda asumir la comunicación empática con los pacientes terminales. En otro caso, como demuestran los autores, estaremos alimentando el debate a favor de la eutanasia. [ACZ]

REFERENCIAS

1. *Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, Oye R, Desebiens N, Reding D, et al. The impact of serious illness on patients' families. SUPPORT Investigators Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. JAMA 1994; 272: 1839-1944.*
2. *Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. Lancet 1998; 351: SII21-SII29.*
3. *Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. N Engl J Med 1998; 338: 1193-1201.*
4. *Van Der Maas PJ, Van Delden JJ, Pijnenborg L, Looman CW. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 1991; 338: 669-674.*

NO ESTÁ CLARO QUE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE LOS PACIENTES TERMINALES FACILITE LA MUERTE EN CASA

Grande GE, Tood CJ, Barclay SIG, Farquhar MC. Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial. BMJ 1999; 319: 1472-1475

PREGUNTA: ¿Los cuidados paliativos domiciliarios pueden facilitar la muerte en casa?

ANTECEDENTES: En Inglaterra y Gales (1995) la mitad o más de los pacientes, la mayor parte de los profesionales y muchos cuidadores no profesionales expresan su preferencia por que la muerte ocurra en el domicilio (1), (2), (3). Los ensayos clínicos controlados sobre cuidados paliativos domiciliarios son escasos. Esto se debe tanto a problemas particulares de reclutamiento como a dificultad para predecir el pronóstico de ese tipo de pacientes y a otras características relacionadas con los mismos como diverso tipo de dificultades para la medición y recogida de datos (4). La hospitalización domiciliaria se constituyó con la finalidad de mejorar la calidad de la asistencia nocturna en pacientes terminales y facilitarles la elección del lugar de su muerte.

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Se incluyeron



229 pacientes, de 16 o más años de edad, residentes en Cambridge, con un pronóstico de vida de 2 semanas o menos, derivados a hospitalización domiciliaria desde el primer o segundo nivel de asistencia sanitaria, durante un periodo de 15 meses.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ: Los pacientes se asignaron de forma aleatoria, tras su aceptación a participar en el estudio, al grupo de cuidados paliativos domiciliarios (n=186) o al de asistencia domiciliaria estándar (n=43). Se estableció atender aproximadamente 100 personas al año, con una perspectiva de remisión del doble de esta cifra. Se buscó una potencia estadística del 80% para detectar diferencias de un 15% entre los dos grupos de pacientes, con un error $\alpha = 0.05$. Algunos de los admitidos en el programa a domicilio tuvieron que excluirse por diversas causas, como deterioro y muerte inmediatamente después de la remisión, incapacidad del cuidador para colaborar o mal control de síntomas. Dificultades de diversa índole condicionaron que de un estudio previsto inicialmente para una muestra de 400 paliativos domiciliarios, 110 controles y 34 meses de duración terminara con 200 paliativos domiciliarios frente a 50 controles y 15 meses de seguimiento, con lo que se redujo notablemente la potencia estadística del mismo.

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS: Lugar del óbito

RESULTADOS PRINCIPALES: No se encontró diferencias en el número de fallecimientos domiciliarios entre el grupo de estudio y el control. Un total de 124 personas del grupo de cuidados domiciliarios (67%) frente a 25 del grupo control (58%) fallecieron en su casa.

CONFLICTOS DE INTERÉS: No conocidos.

FINANCIACIONES: El servicio de hospital a domicilio fue financiado por la Elizabeth Clark Charitable Trust. La financiación de la investigación corrió a cargo de la anterior institución y del NHS research and development primary/secondary care interface programme

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Conclusión: El análisis de intención de tratamiento no mostró que los cuidados paliativos domiciliarios aumentarían el número de muertes en casa.

Comentario: Tal vez un estudio con una potencia estadística como la prevista al inicio de ésta investigación habría permitido estimar diferencias entre un tipo de asistencia y otro. En cualquier caso, y siempre que los costes lo permitan, e independientemente de que se puedan realizar estudios con significación estadística, el hecho de poder ofrecer a la elección del paciente dos opciones de asistencia para terminar sus días tiene

connotaciones éticas positivas, ya que supone permitirle un mayor grado de autonomía personal. [ACZ]

REFERENCIAS

1. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ* 1990; 301: 415-417.
2. Cartwright A. Balance of care for the dying between hospitals and the community: perceptions of general practitioners, hospital consultants, community nurses and relatives. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 271-274.
3. Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Freeling P. Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about the experiences of terminally ill patients. *Palliat Med* 1991; 5: 207-214.
4. McWhinney IR, Bass MJ, Donner A. Evaluation of a palliative care service: problems and pitfalls. *BMJ* 1994; 309: 1340-1342.

LOS MÉDICOS SE EQUIVOCAN CON MUCHA FRECUENCIA AL PRONOSTICAR LA DURACIÓN DE LA VIDA DE SUS PACIENTES TERMINALES

Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctor's prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ 2000;320: 469-473.

PREGUNTA: ¿Son precisos los pronósticos sobre duración de la vida en moribundos hechos por sus médicos?. ¿Cuáles son los factores que determinan la precisión?

ANTECEDENTES: Parkes mostró que las predicciones médicas de 168 pacientes de cáncer eran a menudo erróneas y optimistas (1), estas observaciones se han confirmado en ulteriores trabajos . Los autores del presente estudio han realizado un seguimiento de cohortes para evaluar la magnitud y los factores determinantes del error pronóstico.

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Un total de 343 médicos estimaron la supervivencias de 468 pacientes terminales. Se incluyeron todos los pacientes admitidos durante 130 días consecutivos en 1996 procedentes de cinco programas de pacientes externos pertenecientes a hospitales de crónicos de Chicago.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ: Estudio prospectivo de cohortes.

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES (RESULTADOS) MEDIDOS: Media de supervivencia, precisión de los pronósticos, características del médico o de los pacientes asociadas con precisión en el pronóstico.

RESULTADOS PRINCIPALES: La media de supervivencia fue 24 días. Solamente el 20% (92/468) de las predicciones fueron precisas; 63% fueron optimistas (295/468) y 17% (81/468) pesimistas. En conjunto los médicos sobreestimaron la supervivencia 5'3 veces. En los pacientes hombres fue un 58% menos probable tener predicciones pesimistas. En los médicos especialistas no oncólogos fue un 326% más probable que en los internistas tener predicciones pesimistas. Los médicos con mas experiencia (cuartil superior) fueron los más precisos. Cuando la duración de la comunicación médico-paciente aumentó y el tiempo transcurrido desde el último contacto disminuyó, la precisión pronostica también disminuyó.

CONFLICTOS DE INTERÉS: El estudio ha sido financiado por la Fundación Soros, la Fundación para Investigación y Docencia de AMA y el Programa EBL.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Conclusión: Menos de una cuarta parte de los pronósticos de vida fueron precisos. Se encontraron algunas características del médico

o de los pacientes asociadas a precisión en el pronóstico.

Comentario: Los médicos somos inexactos en pronósticos de vida aplicados a pacientes terminales y el error es sistemáticamente optimista. La implicación en la relación médico-paciente parece aumentar el riesgo de error. Estos fenómenos pueden estar afectando la calidad del cuidado dado cerca del extremo de vida.

Los pronósticos, sobre tiempo de supervivencia, equivocados pueden tener consecuencias negativas tanto para el enfermo como para los familiares, dificultando además la eficacia conseguida con la planificación de recursos sanitarios. En el caso de los pacientes porque, un pronóstico erróneo por exceso puede retrasar el inicio de medidas paliativas como, por ejemplo, el tratamiento del dolor o conducir al encarnizamiento terapéutico (2). Un error pronóstico por defecto puede agotar los recursos de apoyo material o psicológico en los familiares cuidadores, o inducir a ingreso impropio en un hospital de crónicos. Los pacientes ingresados en los hospitales de crónicos deberían tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Las predicciones de supervivencia deberían estar basadas en índices, no en la intuición. Algunos de éstos, como el de Morita (3) o el de Maltoni (4) para enfermos con cáncer, son considerados razonablemente buenos. [ACZ;VCG]



REFERENCIAS

1. Parkes CM. Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *BMJ* 1972; 2: 29-31.
2. Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after enrolment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996; 335: 172-178.
3. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Survival prediction of terminally ill cancer patients by clinical symptoms: development of a simple indicator. *Jap J Clin Oncol* 1999; 29: 156-159.
4. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, Marinari M, Indelli M, Zaninetta G, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 231-239.

EPÍLOGO

Sanz-Ortiz J, Llamazares A. Atención domiciliaria en una unidad de cuidados paliativos. Med Clin (Barc) 1993; 101: 446-449.

Actualmente, según los autores, el 90% de los fallecimientos se producen en los hospitales. Este trabajo analiza las características del seguimiento de 93 pacientes oncológicos atendidos en su domicilio hasta el fallecimiento.

En total se generaron 215 visitas, con una duración media de 40 minutos. La fase terminal osciló entre 1 y 425 días, con una mediana de 50 días. La mediana de supervivencia desde el diagnóstico fue de 10 meses, 50 enfermos fallecieron entre el 2º y el 6º mes de estar incluidos en el programa.

Los autores concluyen que la atención domiciliaria adecuada (con alivio de síntomas, comunicación permanente y apoyo familiar adecuado) aumenta el tanto por ciento de muertes en el hogar. [ACZ].

Ripoll MA, Burgos I. Morir en casa. La conformación del pro-

yecto RIMCAM. Med Clin (Barc) 1994; 102: 396-397.

Los autores, médicos generales (coordinador del proyecto RIMCAN y presidente de la Sociedad Española de Medicina General respectivamente), presentan los resultados de un registro poblacional de incidencia y mortalidad de pacientes con cáncer atendidos por médicos generales.

Participan como declarantes 131 médicos de toda España, de los que el 73% ejercen en poblaciones con menos de 10.000 habitantes.

En 2 años se han registrado 168 casos, de los que tres de cada cuatro han fallecido en su propio domicilio.

Los firmantes se lamentan de que, en un artículo publicado en otro número de la misma revista (*Med Clin* 1993; 101: 446-449), los investigadores no hagan referencia en ningún momento a los profesionales de Atención Primaria. Afirman necesaria la colaboración y coordinación entre los diferentes niveles de la asistencia sanitaria. Insisten en que los servicios hospitalarios no deben acaparar recursos ni suplantar las funciones del primer nivel de atención. [ACZ].

Redacción: Los trabajos que se referencian en la Gaceta han sido seleccionados por el Grupo de Bibliografía en Atención Primaria (Eina/PV), conforme a criterios predefinidos de pertinencia y validez.

Forman el Grupo Eina/PV: Vicente Cabedo García, Ana Costa Alcaraz, Luís González Luján, Francisca Juan Espert, Joan Puig Barberà, Gloria Rabanaque Mallén y Ana Ramos Pérez.