

TRANSFUSIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Dra. Sandra Jiménez García¹ / Dra. Marta Cristina Agudo Rodrigo²

¹ Médico de Atención Primaria y Comunitaria. Teruel

² Médico del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del sector Teruel

RESUMEN

La transfusión de sangre es una técnica habitual en los pacientes en cuidados paliativos. Usada frecuentemente para los síntomas derivados de la anemia, en ocasiones los pacientes son sometidos a un ritmo transfusional elevado, lo que puede ocasionar perjuicio en su calidad de vida. Por ello es importante establecer unas pautas orientativas en las indicaciones de transfusión e individualizarlas para un uso óptimo de esta técnica.

PALABRA CLAVE

transfusión de sangre, cuidados paliativos, anemia

INTRODUCCIÓN

La anemia es un hallazgo frecuente en pacientes en cuidados paliativos. La OMS define la anemia como el nivel de hemoglobina en sangre (Hb) < 13 g/100 ml en el hombre y <12 g/100 ml en la mujer. En pacientes con cáncer se suele considerar anemia una cifra de Hb <11 g/100 ml¹. En muchos casos debemos tener en cuenta un origen multifactorial, entre otras causas por un déficit de hierro, por déficit de ácido fólico y vitamina B12, infiltración medular tumoral, efectos secundarios de los tratamientos administrados (como quimioterapia, radioterapia) o hemólisis. En cuanto a las manifestaciones clínicas, los pacientes pueden presentar debilidad, astenia, disnea, taquicardia, dolor torácico, falta de concentración, vértigo o edemas, entre otras.

Además del tratamiento etiológico tras estudiar su causa, la transfusión de hematíes está indicada para tratar el déficit de la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos en una anemia severa con manifestaciones clínicas. Para llevar a cabo este procedimiento, utilizamos una serie de indicadores, como son la cifra de hemoglobina o el hematocrito y la sintomatología del paciente.

Individualizaremos cada situación, ya que los componentes sanguíneos son un producto no exento de riesgos, por lo que en el caso de los pacientes que se encuentran en un programa de cuidados paliativos, esta decisión cobra aún más complejidad, entrando en juego también cuestiones éticas.

Frecuentemente existen en los hospitales protocolos que definen los criterios de transfusión, pero en el caso de los cuidados paliativos, al ser una población con unas características específicas, encontramos en muchos casos variabilidad en la toma de decisiones y práctica clínica.

Por tanto, con esta revisión pretendemos resumir el conocimiento aportado por los distintos estudios en los últimos diez años en relación a pacientes en programas de cuidados paliativos que nos ayuden en nuestra práctica diaria.

ABSTRACT

Blood transfusion is a common technique in palliative care patients. Frequently used for symptoms derived from anemia, sometimes patients undergo a high transfusion rate, which can cause damage to their quality of life. For this reason, it is important to establish guidelines for the indications for transfusion and to individualize them for optimal use of this technique

KEY WORDS

blood transfusion, palliative care, anemia

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado una búsqueda de artículos en las bases de datos de PUBMED y EMBASE en el periodo de diez años comprendido entre 2010 y 2019. Hemos usado los términos TRANSFUSION y PALLIATIVE CARE. En PUBMED se recogen un total de 203 artículos. De ellos, hemos seleccionado 29 artículos en relación al tema que tratamos. También hemos realizado una búsqueda en EMBASE con un total de 437 referencias, de las cuáles hemos seleccionado por su contenido 30 artículos, de los que 10 ya habían sido anteriormente seleccionados en la búsqueda en PUBMED. Del total de 59 artículos de ambas bases de datos, hemos aplicado una selección de los que cumplían las siguientes características: artículos que traten sobre pacientes paliativos no pediátricos en relación a transfusiones sanguíneas, obteniendo un total de 34 artículos. De ellos, 12 tratan de pacientes con enfermedades hematológicas, por lo que hemos realizado un estudio individualizado de este grupo de artículos.

RESULTADOS

Hemos adjuntado dos tablas con los artículos encontrados a partir de la búsqueda en PUBMED (Tabla 1) y en EMBASE (Tabla 2), y vamos a proceder a explicar los resultados por temas.

PRÁCTICA CLÍNICA

En primer lugar, con respecto a la práctica clínica de los médicos, encontramos un estudio² que realiza una encuesta a los médicos especialistas en cuidados paliativos sobre sus prácticas en transfusiones a los pacientes, en el que las comparan con la guía NICE. Como resultados obtienen que la práctica era variable y no consistente.

En otro¹¹ llevado a cabo por Carding SK. et al. se mandó una encuesta de la práctica de transfusión dentro de un centro de cuidados paliativos y se obtuvo que el 41% de las unidades habían realizado transfusiones de plaquetas en comparación con el 79% que habían realizado transfusiones de sangre. El 12% de los médicos pensaba que la transfusión de plaquetas era inadecuada en los cuidados paliativos, estaban preocupados por el riesgo de reacciones y el corto plazo de cualquier beneficio.

En relación a la opción de transfusión en domicilio, hemos encontrado un estudio¹⁹ español sobre un programa de transfusión domiciliaria en el que analizan sus características y resultados y concluyen que la transfusión de sangre en el hogar es una alternativa accesible y segura para pacientes crónicos y paliativos en Granada (España), que disminuye los costos asociados, reduce los ingresos hospitalarios y la demanda de servicios.

BENEFICIOS Y PERJUICIOS

En un artículo³ realizado con datos sobre la práctica de transfusión de glóbulos rojos en hospicios en Reino Unido durante tres meses, se obtuvo que los beneficios de la transfusión de glóbulos rojos parecen ser muy limitados en esta población de pacientes con enfermedad avanzada: a los 30 días después de la transfusión, solo el 18% parecía tener un beneficio sostenido, mientras que el 32% había fallecido. En relación a estos resultados hemos encontrado otro estudio¹⁶ en el cuál analizan 33 pacientes en cuidados paliativos y concluyen que el beneficio de los síntomas informados por el paciente se registró en sólo 15 casos (40%) y el 45% murieron poco después de la transfusión con poca evidencia de beneficio en el rendimiento. Además, se ha sugerido¹⁶ que la fatiga en las últimas semanas puede proporcionar protección contra el sufrimiento, por lo que el tratamiento agresivo de la fatiga con transfusiones puede ser un desperdicio de recursos escasos y perjudicial tanto física como cognitivamente. Otro estudio¹⁷ de 31 pacientes paliativos que recibieron transfusiones durante 2 años encuentran que la mayoría tuvo un beneficio subjetivo. Sin embargo, la mejora subjetiva se correlacionó pobremente con las medidas objetivas basadas en la escala.

En contraposición, Goksu SS. et al. señalan⁸ que el 90% de los pacientes seleccionados tenían anemia y, los pacientes que recibieron transfusiones vivieron significativamente más tiempo que los pacientes anémicos que no las recibieron. En esta línea en otro estudio¹⁴ en 122 pacientes se miden los valores de hemoglobina y la mejoría sintomática en los pacientes en comparación con aquellos que no reciben transfusiones. Los resultados son: se observó una mejora estadísticamente significativa en los

síntomas informados por el paciente de fatiga y disnea entre pacientes paliativos transfundidos y no transfundidos.

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

R. De Putter et al.⁴ analizan el tratamiento para la anemia usado en pacientes en tratamiento con quimioterapia paliativa, y encuentran que la evaluación del déficit de hierro, vitamina B12 y ácido fólico está infrutilizada. Detectan una alta tasa de transfusiones. En contraste, todavía hay un bajo uso de hierro intravenoso y agentes estimulantes de eritropoyesis. No ha habido una mejora importante en la implementación de las directrices internacionales en la última década. En al menos 16.7–26.4% de los pacientes se habrían requerido menos transfusiones o ninguna, si se hubieran seguido estrictamente las pautas.

En el estudio¹⁵ realizado por Estcourt LJ et al. en pacientes que recibieron transfusión de glóbulos rojos en 138 hospicios de Reino Unido del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2016, 10 tenían ferritina baja y 4 estaban siendo tratados con hierro, y 12 tenían déficit de B12, mientras que sólo un paciente recibió tratamiento con B12 antes de la transfusión.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

Encontramos varios trabajos sobre evaluación de síntomas. En el primero⁷ un comité de expertos fueron los encargados de definir los síntomas objetivo (fatiga, disnea, debilidad generalizada o mareos), y posibles daños (fiebre, reacción relacionada con la perfusión, extravasación del sitio de perfusión, hemólisis, insuficiencia cardíaca, edema de los miembros, reacción alérgica y anafilaxia), y se pidió a los médicos que nominaran un síntoma primario al que se dirigía la transfusión de glóbulos rojos, y los síntomas se evaluaron al inicio y al día 7.

En el siguiente¹⁰ usaron el Breve inventario de fatiga (BFI) y la subescala Functional Assessment of Cancer Therapy: Fatigue (FACIT-F) para medir el cambio en la fatiga después de una transfusión de sangre. Como resultado, encontramos que, para los pacientes, las medidas eran fáciles de completar, sin preferencia de una sobre otra.

En un tercer trabajo¹¹ en el cuál analizan la calidad de vida en pacientes con cáncer y pacientes paliativos que requieren transfusiones, comentan que, para evaluar la calidad de vida de los pacientes con anemia, en oncología se usa con frecuencia la FACT- An (Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia). Para la evaluación funcional también se usa la FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) y la FACIT-F (Functional Assessment of Cancer Therapy: Fatigue).

En una situación paliativa, existe un estudio de Gleeson y Spencer³² sobre los beneficios de la transfusión usando una escalera visual analógico (VAS).

En Red blood cell transfusion in palliative homecare practice: Our experience¹² llevado a cabo por Saeli A. et al. se evaluó a los pacientes a través de la escala de Karnofsky (Fig. 1), escala de rendimiento paliativo (PPS) y sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) antes y posterior a la transfusión.

ESCALA DE KARNOFSKY	
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo.
0	Fallecido.

PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATO-LÓGICAS

Hemos incluido los artículos relativos a pacientes en cuidados paliativos con enfermedades hematológicas en una tabla específica para este grupo (Tabla 3), ya que estos pacientes reúnen características particulares que los hacen más susceptibles a necesidades de transfusiones tanto de glóbulos rojos como de plaquetas, tal y como demuestran en varios estudios, entre otros en la revisión²⁴ llevada a cabo por LeBlanc TW. et al.: estos pacientes con neoplasias hematológicas, tienen necesidades de cuidados paliativos únicos y a menudo insatisfechos, y también tienen peores resultados al final de la vida.

En el caso de los hospicios hay varios estudios al respecto, como el llevado a cabo por LeBlanc TW. et al.²⁵ en pacientes con leucemia en el que encuentran que los afiliados de hospicio tenían un gasto medio más bajo al final de la vida, independientemente del estado de dependencia de transfusión. El uso relativamente mayor de cuidados paliativos combinado con una estancia marcadamente más corta entre los pacientes dependientes de transfusiones sugiere que tienen una necesidad alta e incompleta de servicios de hospicio y que experimentan una barrera para la derivación oportuna.

Además, dentro de este grupo de pacientes, las diferentes neoplasias hematológicas requieren de atención paliativa con requerimientos específicos, como así muestran en el estudio²⁶ llevado a cabo por Beaussant Y. et al.

En relación a la atención domiciliaria de estos pacientes, Ohashi K. et al.²², a través de un cuestionario pretende investigar los beneficios de la atención domiciliaria y las preferencias de los pacientes. Encuentran que su principal expectativa era disminuir la carga física por visitas al hospital. El 53.5% deseaban continuar las transfusiones sanguíneas y 53.9% la transfusión de plaquetas en el hogar.

CUESTIONES ÉTICAS

En relación a las cuestiones éticas encontramos dos artículos interesantes al respecto. El primero³³ de ellos, a través de un caso clínico,

describe las cuestiones éticas que se van presentando en el caso de un paciente con trombocitopenia en cuidados paliativos que requiere transfusiones plaquetarias. Es importante coordinar los diferentes servicios para buscar el máximo confort del paciente. En esta línea en otro estudio³⁴ también nos describen las cuestiones éticas que surgen a través de varios casos clínicos. Como temas principales surgen los siguientes: en primer lugar, la no utilización de recursos extremadamente escasos en pacientes en cuidados paliativos, las transfusiones de rutina deberán usarse con moderación y ser aprobadas por el servicio de transfusión, limitar el número de transfusiones para aliviar los síntomas de la anemia, igual actuación con la transfusión de plaquetas para evitar sangrados que causen sufrimiento al paciente. En muchas ocasiones, un comité de ética participa en la toma de decisiones. Además, sugieren que se podrían emplear sesiones educativas para difundir las pautas y responder preguntas de las situaciones difíciles que puedan surgir a los profesionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En relación a los datos obtenidos podemos concluir lo siguiente:

1. En cuanto a la práctica clínica, comprobamos la variabilidad entre profesionales con heterogeneidad en las decisiones terapéuticas.

2. En relación a las transfusiones domiciliarias, los estudios que encontramos muestran buenos resultados en los programas implantados. En este tipo de programas es importante establecer unos requisitos indispensables, entre los que estarían cumplir las condiciones necesarias y tener supervisión profesional continua.

3. En cuanto al tratamiento etiológico, es posible optimizarlo para disminuir la necesidad de transfusiones en los pacientes con déficit, que se beneficiarían de un estudio analítico previo y la suplementación necesaria.

4. En cuanto a la evaluación de síntomas, encontramos multitud de escalas usadas en los diferentes estudios, entre otros métodos para la evaluación de síntomas encontramos: BFI (breve cuestionario para la faiga), subescala FA-

Originales

Tabla 1. Artículos PUBMED

TÍTULO	Estudio	Variables	Resultados y conclusiones
Blood transfusion practice in the UK and Ireland: a survey of palliative care physicians²	Encuesta a médicos de cuidados paliativos sobre sus actuaciones en cuatro escenarios clínicos.	Comparación de sus respuestas con las directrices en la guía NICE.	Los médicos fueron más liberales al prescribir transfusiones de sangre. Los médicos más mayores tenían menor probabilidad de elegir una respuesta aceptable que los jóvenes. La práctica es variable y no consistente.
National comparative audit of red blood cell transfusion practice in hospices: Recommendations for palliative care practice³	Recopilación prospectiva de datos sobre la práctica de transfusión de glóbulos rojos en hospicios en Reino Unido durante 3 meses.	Información anónima sobre los pacientes, las mediciones previas a la transfusión, el proceso de transfusión y los resultados del paciente a los 30 días posteriores a la transfusión.	Los beneficios de la transfusión de glóbulos rojos parecen ser muy limitados en esta población de pacientes con enfermedad avanzada; a los 30 días después de la transfusión, solo el 18% parecía tener un beneficio sostenido, mientras que el 32% había muerto.
Treatment of anemia in patients with solid tumors receiving chemotherapy in palliative setting: usual practice versus guidelines⁴	Pacientes adultos que recibieron tratamiento para la anemia de Febrero a Agosto de 2016 durante tratamiento con quimioterapia paliativa.	Tratamiento de la anemia (transfusión, hierro IV o agentes estimulantes de la eritropoyesis)	La evaluación del déficit de hierro, vitamina B12 y ácido fólico está infrautilizada. Detectan una alta tasa de transfusiones. En contraste, todavía hay un bajo uso de Fe IV y agentes estimulantes de eritropoyesis. No ha habido una mejora importante en la implementación de las directrices internacionales en la última década. En al menos 16.7–26.4% de los pacientes se habrían requerido menos transfusiones o ninguna, si se hubieran seguido estrictamente las pautas.
Red blood cell transfusion in palliative care: what are we doing and why are we doing it?⁵	Revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura sobre transfusiones en pacientes paliativos.	El grado y el impacto de la anemia pueden verse exacerbados por otras comorbilidades. La evaluación ideal incorporaría medidas validadas para cambios funcionales objetivos. Faltan estudios de alta calidad que evalúen los resultados en los pacientes. Las transfusiones constituyen un recurso finito, por lo que las transfusiones en pacientes terminales a menudo son incluidas en los análisis en ética hospitalaria.
Red blood cell transfusion in adult palliative care: a systematic review⁶	Revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura sobre transfusiones en pacientes paliativos.	La transfusión de glóbulos rojos puede proporcionar alivio de los síntomas y mejorar el bienestar subjetivo, aunque la duración y la magnitud de este efecto, y los riesgos asociados a la transfusión específicos para esta población siguen sin estar claros. Actualmente, no existe evidencia de alta calidad para apoyar o guiar el uso de la transfusión de glóbulos rojos en esta población.
The Prospective Evaluation of the Net Effect of Red Blood Cell Transfusions in Routine Provision of Palliative Care⁷	Estudio de 141 pacientes prospectivo de cohorte consecutivo.	Los síntomas (fatiga, disnea, debilidad generalizada o mareos) se evaluaron antes de la transfusión y al día siete.	49% de las transfusiones mejoraron el síntoma primario por el que fue transfundido el paciente, y el 78% de las transfusiones mejoraron al menos uno de los síntomas objetivo. Los médicos generalmente informaron beneficios, con daños mínimos.
Use of blood transfusion at the end of life: does it have any effects on survival of cancer patients?⁸	Estudio de 398 pacientes que fallecieron entre 2010 y 2011 con cáncer avanzado.	Edad, tipo de cáncer, la duración última hospitalización, el estado de rendimiento del ECOG, los niveles de hemoglobina, el historial de transfusión, la causa y la cantidad de transfusión.	90% tenían anemia. En la población anémica, la duración de la última hospitalización fue mayor en pacientes que recibieron transfusión de glóbulos rojos. Los pacientes que recibieron transfusiones vivieron significativamente más tiempo que los pacientes anémicos que no recibieron transfusiones.
Transfusion in palliative cancer patients: a review of the literature⁹	Revisión bibliográfica entre 1946 y 2011.	Incluyen estudios sobre transfusiones en pacientes oncológicos paliativos.	Una gran parte de la poca literatura disponible sólo se refiere a aspectos descriptivos y muy generales del tema. Como los productos transfusionales y los recursos financieros y humanos son finitos, sería deseable establecer líneas de investigación claras sobre los diferentes aspectos (clínicos, infraestructura y ética) que pueden ayudar a tomar una decisión.
Assessment of fatigue after blood transfusion in palliative care patients: a feasibility study¹⁰	30 pacientes con fatiga relacionada con el cáncer que recibieron una transfusión de sangre.	Breve inventario de fatiga (BFI) y la subescala FACT F-fatiga, para medir el cambio en la fatiga después de una transfusión de sangre.	Hubo una mejora estadísticamente significativa en la fatiga, medida por ambas herramientas de fatiga entre el inicio y los 3 días posteriores a la transfusión. En comparación con el valor inicial, el cambio medio en la puntuación mejoró en 5 puntos en la subescala FACT F-fatiga, y en 1,01 puntos en el BFI. Los pacientes encontraron que las medidas eran fáciles de completar, sin preferencia por una sobre otra.
Oncology blood transfusion and quality of life: Review¹¹	Revisión bibliográfica sobre transfusión y calidad de vida en cáncer y cuidados paliativos.	Estudios sobre transfusión y calidad de vida en cáncer y cuidados paliativos.	La transfusión de sangre y, más recientemente, los agentes estimulantes de la eritropoyesis son tratamientos efectivos. En la etapa paliativa avanzada, la transfusión mejora los síntomas (debilidad y anemia unida a disnea) y el bienestar de los pacientes. La elección del tratamiento debe ser individual y debe seguir un comportamiento ético con respecto a la legislación.

Originales

Tabla 2. Artículos EMBASE

TÍTULO	Estudio	Variables	Resultados y conclusiones
Red blood cell transfusion in palliative homecare practice: Our experience¹²	91 pacientes asistidos en cuidados paliativos en 2018 que recibieron transfusiones.	Escala de Karnofsky, escala de rendimiento paliativo (PPS) y sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) antes y posterior a la transfusión.	El índice de Karnofsky (KPS) es 36 antes y 27 después; el PPS es 34 antes y 27 después de la transfusión. El ESAS muestra una ligera disminución del promedio en dolor, depresión, enfermedad y falta de apetito. La mayor reducción está presente para la fatiga y la somnolencia. Un ligero aumento está presente para la disnea y la ansiedad.
Transfusion as a Palliative Strategy¹³	Revisión bibliográfica.	Artículos en relación a transfusiones en cuidados paliativos.	Los beneficios incluyen alivio subjetivo de la fatiga y la disnea, y una mejor sensación de bienestar. Las respuestas no son duraderas y actualmente no hay métricas validadas y objetivas que se correlacionen con mejoras sintomáticas. Las reacciones adversas asociadas a la transfusión se subestiman.
Does packed red cell transfusion provide symptomatic benefits to cancer palliative patients?¹⁴	122 pacientes en cuidados paliativos desde Julio a Diciembre de 2017.	Valores de hemoglobina, síntomas de fatiga y disnea. El beneficio sintomático previo y posterior a la transfusión se comparó en pacientes transfundidos y no transfundidos.	Las unidades de glóbulos rojos empaquetados que se transfundieron se decidieron de acuerdo con los valores de hemoglobina dirigidos al aumento de > 10 g / dL. Un promedio de 1.36 unidades fueron transfundidas. Se observó una mejora estadísticamente significativa en los síntomas informados por el paciente de fatiga y disnea entre pacientes paliativos transfundidos y no transfundidos.
UK-wide audit of red blood cell transfusion in hospices¹⁵	Pacientes que recibieron transfusión de glóbulos rojos en 138 hospicios de Reino Unido de octubre a diciembre de 2016.	Se midió información sobre los riesgos y beneficios de la transfusión, control adecuado durante la transfusión; y tratamiento de las deficiencias antes de la transfusión.	La razón más común de anemia fue la anemia por enfermedad crónica, seguida de sangrado activo e insuficiencia de médula ósea. Solo 15% pacientes fueron pesados antes de la transfusión. A 273 pacientes se les realizó un control de hemoglobina antes de la transfusión. 10 tenían ferritina < 15 μ g / l (solo 4 estaban siendo tratados con hierro) y 12 tenían B12 < 200 pg / ml, y solo un paciente recibió tratamiento con B12 antes de la transfusión. El 32% tenía una hemoglobina previa a la transfusión ≥ 80 g / l y 38 de estos tenían una hemoglobina baja como la única razón para la transfusión.
Do blood transfusions make a difference when you are dying? A retrospective case review of blood transfusion practices in a UK hospice in-patient unit¹⁶	Revisión retrospectiva de 33 pacientes paliativos que recibieron una transfusión de sangre desde diciembre de 2011 hasta diciembre de 2014.	Los recuentos sanguíneos previos y posteriores, el motivo de la transfusión, el beneficio subjetivo y los resultados objetivos.	La razón más común de anemia fue la anemia por enfermedad crónica, seguida de sangrado activo e insuficiencia de médula ósea. Solo 15% pacientes fueron pesados antes de la transfusión. A 273 pacientes se les realizó un control de hemoglobina antes de la transfusión. 10 tenían ferritina < 15 μ g / l (solo 4 estaban siendo tratados con hierro) y 12 tenían B12 < 200 pg / ml, y solo un paciente recibió tratamiento con B12 antes de la transfusión. El 32% tenía una hemoglobina previa a la transfusión ≥ 80 g / l y 38 de estos tenían una hemoglobina baja como la única razón para la transfusión.
Can We Detect Transfusion Benefits in Palliative Care Patients?¹⁷	31 pacientes que recibieron transfusiones durante el período de dos años.	Los niveles de hemoglobina, la función física y la calificación de los síntomas antes de la transfusión, y en los días 2 y 7.	La mayoría tuvo un beneficio subjetivo. Sin embargo, la mejora subjetiva se correlacionó pobremente con las medidas objetivas basadas en la escala. La sensibilidad de las escalas de evaluación, las altas tasas de respuesta al placebo y la naturaleza multifactorial de los síntomas al final de la vida dificultan la evaluación de las transfusiones de glóbulos rojos.
Transfusion practices used in terminal stage-cancer-patients¹⁸	Revisión retrospectiva de pacientes oncológicos que fallecieron en dos hospitales entre abril 2015 y junio 2015.	Pruebas de pretransfusión realizadas, así como los episodios de transfusión por paciente y el número de unidades transfundidas por episodio.	Las prácticas de transfusión de sangre continuaron siendo intensivas en pacientes con cáncer en etapa terminal y no parece ser diferente en comparación con los pacientes sin cáncer. Los pacientes con neoplasias hematológicas tuvieron prácticas de transfusión aún más intensivas, especialmente con respecto a los episodios de transfusión de plaquetas.
Home blood transfusion, a safety option in Spain¹⁹	Pacientes crónicos y paliativos de un servicio de transfusión a domicilio en España.	Características del programa para transfusiones domiciliarias.	El 88% de las transfusiones del total habían sido glóbulos rojos y el 11% de unidades de plaquetas. No se registró ninguna reacción. Después de la transfusión, el médico visitó al paciente para evaluar la mejoría y realizar las siguientes pruebas. Concluyen que la transfusión de sangre en el hogar es una alternativa accesible y segura para pacientes crónicos y paliativos, que disminuye los costos asociados, reduce los ingresos hospitalarios y la demanda de servicios.
Audit of Hospice Blood Transfusion- Is the hospice adherent with policy and how do we assess benefit from transfusion?²⁰	Pacientes identificados a partir de registros de transfusiones en un hospicio.	Política de transfusión y si la determinación de los beneficios de la transfusión ha mejorado.	Las escalas numéricas de puntuación de síntomas introducidas previamente no fueron efectivas, pero al usar datos descriptivos demuestran que una proporción similar de pacientes obtiene beneficios de las transfusiones como se describe en la literatura. Baja tasa de mortalidad en los 14 días posteriores a la transfusión, esto podía indicar que se están seleccionando pacientes que se beneficiarán más de la transfusión.
Platelet transfusion in palliative care - A postal survey of current practice²¹	Encuesta de la práctica de transfusión de plaquetas dentro de un centro de cuidados paliativos en 5 años.	Preguntas sobre transfusión de plaquetas a los pacientes, en comparación con la transfusión de sangre. Principales indicaciones.	El 41% de las unidades habían realizado transfusiones de plaquetas en comparación con el 79% que habían realizado transfusiones de sangre. El 12% pensaba que la transfusión de plaquetas era inadecuada en los cuidados paliativos, estaban preocupados por el riesgo de reacciones y el corto plazo de cualquier beneficio. Muchos problemas médicos y logísticos evitan la transfusión de plaquetas en entornos de hospicio.

Originales

Tabla 3. Enfermedades hematológicas

TÍTULO	Resultados y conclusiones
A Survey on Home Care Needs of Patients with Hematological Diseases²²	Cuestionario a pacientes con enfermedades hematológicas bajo atención domiciliaria. Su principal expectativa era disminuir la carga física por visitas al hospital. 53.5% deseaban continuar las transfusiones sanguíneas y 53.9% con transfusión de plaquetas en el hogar; el 70.9% de los pacientes declararon que la quimioterapia paliativa también era necesaria en la atención domiciliaria. 56.5% quería que sus médicos de atención domiciliaria los trataran primero y, si fuera necesario, se contactaran con sus médicos del hospital.
Characteristics of palliative home care for patients with hematological tumors compared to those of patients with solid tumors²³	Estudio de cohortes retrospectivo, pacientes con tumores sólidos y pacientes con tumores hematológicos. Los pacientes con enfermedad hematológica requirieron antibióticos intravenosos, transfusión de plaquetas y transfusión de glóbulos rojos, mientras que los pacientes con tumores sólidos, tendían a requerir con mayor frecuencia opioides. No hubo diferencias significativas con respecto al tiempo de supervivencia y la frecuencia de las visitas urgentes.
Hemato-oncology and palliative care teams: is it time for an integrated approach to patient care?²⁴	Revisión bibliográfica. Varios estudios apuntan a las transfusiones como una barrera única y problemática para la atención de alta calidad al final de la vida en neoplasias hematológicas. Los pacientes con neoplasia maligna hematológica tienen necesidades de cuidados paliativos únicos y a menudo insatisfechos, y también tienen peores resultados al final de la vida.
Transfusion dependence, use of hospice services, and quality of end-of-life care in leukemia²⁵	Pacientes que murieron entre 2001-2011 de enfermedades hematológicas. Los afiliados de hospicio tenían una menor probabilidad de muerte por internación y uso de quimioterapia y un gasto medio más bajo al final de la vida, independientemente del estado de dependencia de transfusión. El uso relativamente mayor de cuidados paliativos combinado con una estancia marcadamente más corta entre los pacientes dependientes de transfusiones sugiere que tienen una necesidad alta e incompleta de servicios de hospicio y que experimentan una barrera para la derivación oportuna.
Hospital end-of-life care in haematological malignancies²⁶	Estudio basado en registros a nivel nacional, que incluye a todos los adultos hospitalizados ≥ 20 años que murieron por neoplasias hematológicas en Francia en 2010-2013. Una alta proporción de pacientes que murieron por neoplasias hematológicas reciben tratamientos específicos cerca del final de la vida. La variación sustancial según el tipo de neoplasia hematológica sugiere que los pacientes no deben considerarse como un grupo homogéneo. La implementación de los cuidados paliativos debe tener en cuenta las diferencias entre los tumores malignos hematológicos.
Transfusion practices at end of life for hematopoietic stem cell transplant patients²⁷	Revisión retrospectiva de pacientes con trasplante de células hematopoyéticas. Las prácticas de transfusión de sangre diferían en pacientes inscritos y no inscritos en hospicio. Para la mayoría de los pacientes no inscritos en un hospicio, la última transfusión se produjo 24 horas antes de la muerte. Los esfuerzos futuros deberían explorar si el acceso limitado a los productos sanguíneos es una barrera para la inscripción de hospicio para pacientes con HSCT
Intensive palliative care for patients with hematological cancer dying in hospice: analysis of the level of medical care in the final week of life²⁸	Revisión retrospectiva de pacientes de oncología hematológica que fallecieron en una unidad paliativa entre julio de 2012 y agosto de 2013. 85,7% de los pacientes se les realizó un análisis de sangre y al 23,8% de los pacientes se les inyectó factor estimulante de colonias. La nutrición parenteral total se administró en el 14.3% de los pacientes. Un tercio de los pacientes recibió transfusión de células empaquetadas y casi la mitad de ellos recibió transfusión de concentrados de plaquetas. En conclusión, proporcionar cuidados paliativos a pacientes con cáncer hematológico en un centro de cuidados paliativos no es una tarea fácil.
Palliative care and the hemato-oncological patient: can we live together? A review of the literature²⁹	Revisión bibliográfica de estudios entre 1950 y 2009. La evidencia actual sugiere que los pacientes con tumores malignos hematológicos acceden con menos frecuencia a los servicios de cuidados paliativos, y para aquellos que lo hacen, éste tiende a ocurrir más tarde en su enfermedad que sus contrapartes con tumores malignos sólidos. Un enfoque que involucre cuidados paliativos de acuerdo con las necesidades en lugar del pronóstico puede ser más valioso a los médicos de cuidados paliativos y hematología así como la integración exitosa de sus disciplinas puede mejorar la atención de estos pacientes.
AML patients in palliative care setting: Influence on life span and transfusion habits, assessment on quality of life and previous treatment³⁰	Se analizaron pacientes consecutivos con leucemia mieloide aguda que fueron tratados en una sala de cuidados paliativos interdisciplinarios entre el 08/2008 y el 12/2015. El tiempo de supervivencia dependió de las terapias previas, la cantidad de transfusiones y las características de la AML. De interés, la mayoría de los pacientes recibieron glóbulos rojos (20/33, 61%) y transfusiones de plaquetas (20/33, 61%) durante su estancia. Las transfusiones de glóbulos rojos aumentaron significativamente los valores de hemoglobina como se esperaba, aunque no hubo cambios en el bienestar físico (disnea, debilidad, fatiga). Las transfusiones de plaquetas redujeron las hemorragias visibles.
Transfusion at the last period of life³¹	Estudio de 355 defunciones ocurridas entre junio de 2011 y enero de 2016 en una unidad de hematología. En todos los casos, la muerte se debió a la progresión natural de la enfermedad. La leucemia aguda linfoblástica es la transfusión más común; linfomas y mielomas, fueron los menos transfundidos. La transfusión en los días previos a la muerte no es inusual y tiene lugar en un contexto donde en muchos casos se han iniciado medidas paliativas de apoyo. La actitud de transfusión en pacientes <65 años es más activa y común en este período de tiempo con respecto a pacientes mayores.

Originales

CIT F-fatiga, Fact-An, Fact-G, escala VAS visual analógica, escala de Karnofsky, escala de rendimiento paliativo PPS o sistema de evaluación de síntomas ESAS. Hay por tanto numerosas escalas y no encontramos estudios que demuestren la superioridad de una sobre las demás. En cuanto a las escalas de Karnofsky, PPS y ESAS, son escalas usadas frecuentemente en los cuidados paliativos, por lo que sería interesante disponer de más estudios que hagan uso de estas herramientas.

5. Los beneficios y riesgos son el punto más importante, porque de ello va a depender en gran medida la toma de decisiones del profesional. Encontramos resultados dispares, aunque sí parece establecerse una mejoría de la sintomatología transitoria en los pacientes con anemia en los que se llevan a cabo transfusiones. Es necesario llevar a cabo más estudios con escalas validadas que permitan una medición de los síntomas de los pacientes, que nos muestren datos esclarecedores sobre los beneficios de las transfusiones en últimos estadios de la enfermedad.

6. En cuanto a las enfermedades hematológicas, cabe destacar en cuanto a la información recogida que son un grupo de pacientes con necesidades particulares, que son más susceptibles a necesitar transfusiones. Esto puede suponer una barrera en algunos casos para su derivación a un servicio de cuidados paliativos. Por todo ello sería deseable y beneficioso para el paciente una integración de los cuidados paliativos en su abordaje conjunto con el servicio de Hematología y Oncología.

7. En el aspecto ético sería interesante nuevas líneas de investigación sobre la toma de decisiones con la participación de un comité de ética para comprobar la mejoría de los resultados, pues en estos pacientes entran en debate los principios de beneficencia y no maleficencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porta Sales J, Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 3ª edición; 2013. ISBN: 978-84-15905-03-5
2. Neoh K, Stanworth S, Bennett MI. Blood transfusion practice in the UK and Ireland: a survey of palliative care physicians. *BMJ Support Palliat Care*. 2019; Dec;9(4):474-477.
3. Neoh K, Gray R, Grant-Casey J, Estcourt L, Malia C, Boland J W, et al. National comparative audit of red blood cell transfusion practice in hospices: Recommendations for palliative care practice. *Palliat Med*. 2019; Jan;33(1):102-108.
4. De Putter R, Geboes K, De Man M, Van Belle S. Treatment of anemia in patients with solid tumors receiving chemotherapy in palliative setting: usual practice versus guidelines. *Acta Clin Belg*. 2018; Aug;73(4):251-256.
5. Raval JS, Cooling LL. Red blood cell transfusion in palliative care: what are we doing and why are we doing it? *Transfusion*. 2018 Jan;58(1):3-4.
6. Chin-Yee N, Taylor J, Rourke K, Faig D, Davis A, Fergusson D, Saitenberg E. Red blood cell transfusion in adult palliative care: a systematic review. *Transfusion*. 2018; Jan;58(1):233-241.
7. To THM, LeBlanc TW, Eastman P, Neoh K, Agar MR, To LB, et al. The Prospective Evaluation of the Net Effect of Red Blood Cell Transfusions in Routine Provision of Palliative Care. *J Palliat Med*. 2017; Oct;20(10):1152-1157.
8. Goksu SS, Gunduz S, Unal D, Uysal M, Arslan D, Tatli AM, et al. Use of blood transfusion at the end of life: does it have any effects on survival of cancer patients? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(10):4251-4.
9. Uceda Torres ME, Rodríguez Rodríguez JN, Sánchez Ramos JL, Alvarado Gómez F. Transfusion in palliative cancer patients: a review of the literature. *J Palliat Med*. 2014 Jan;17(1):88-104.
10. Brown E, Hurlow A, Rahman A, Closs SJ, Bennett MI. Assessment of fatigue after blood transfusion in palliative care patients: a feasibility study. *J Palliat Med*. 2010; Nov;13(11):1327-30
11. Poirier AL, Commer JM, Kwiatkowski F, Mercier M, Bonnetain F. Oncology blood transfusion and quality of life: Review. *Transfus Clin Biol*. 2010; Dec;17(5-6):357-61.
12. Saeli A, Maiorana L, La Terra V, Antolino A, Cabibbo S, Manenti G.O., et al. Red blood cell transfusion in palliative homecare practice: Our experience. *Haematologica*. 2019; 104 Supplement 2 (148).
13. Raval J.S. Transfusion as a Palliative Strategy. *Current Oncology Reports*. 2019; 21 :10 Article Number 92
14. Timilsina S, Karki S, Timalisina S, Aajeevan G, Sharma S. Does packed red cell transfusion provide symptomatic benefits to cancer palliative patients?: a longitudinal study from a single private oncology center in Nepal. *BMC Palliat Care* 2019 (18), 67.
15. Estcourt LJ, Gray R, Neoh K. UK-wide audit of red blood cell transfusion in hospices. *Vox Sanguinis* 2017; 112 Supplement 1 (71).
16. Woodward, C. Do Blood Transfusions Make a Difference When You Are Dying? A Retrospective Case Review of Blood Transfusion Practices in a UK Hospice In-Patient Unit. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016; 52(6), e128.
17. To THM, To LB, Currow DC. Can We Detect Transfusion Benefits in Palliative Care Patients? *Journal of Palliative Medicine*, 2016; 19(10), 1110-1113.
18. Argyrou A, Livada A, Fakinou G, Charalambous A, Grouzi E, Gafou A. Transfusion practices used in terminal stage-cancer-patients. *Haematologica*. 2016; 101 Supplement 1 (645).
19. De La Mata Espinosa C, Caballero P, Madrid N. Home blood transfusion, a safety option in Spain. *Haematologica*. 2016; 101 Supplement (876).
20. Dumble K, McGee H, Taylor K. Audit of Hospice Blood Transfusion- Is the hospice adherent with policy and how do we assess benefit from transfusion? *Palliative Medicine*. 2016; 30:4 (S75).
21. Carding SK, Lucas VC. Platelet transfusion in palliative care - A postal survey of current practice. *Palliative Medicine*. 2010; 24:4 SUPPL. 1 (S124).

Originales

22. Ohashi K, Adachi A, Hosoda T. A Survey on Home Care Needs of Patients with Hematological Diseases. *Gan to kagaku ryoho. Cancer & chemotherapy* 2019 46 Supplement 1 (157-160).
23. Ishida T, Ohashi K, Okina C, Ohashi S, Okina S, Miyazaki K, Suzuki T. Characteristics of palliative home care for patients with hematological tumors compared to those of patients with solid tumors. *International Journal of Hematology*. 2019; 110:2 (237-243).
24. LeBlanc TW, El-Jawahri A. Hemato-oncology and palliative care teams: is it time for an integrated approach to patient care? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2018; Dec;12(4):530-537.
25. LeBlanc TW, Egan PC, Olszewski AJ. Transfusion dependence, use of hospice services, and quality of end-of-life care in leukemia. *Blood*. 2018; 132:7 (717-726).
26. Beaussant Y, Daguindau E, Chauchet A, Rochigneux P, Tournigand C, Aubry R, Morin L. Hospital end-of-life care in haematological malignancies. *BMJ supportive & palliative care*. 2018; 8:3 (314-324).
27. Wang WS, Ma JD, Nelson SH, Revta C, Buckholz GT, Mulrone C, Roeland EJ. Transfusion practices at end of life for hematopoietic stem cell transplant patients. *Supportive Care in Cancer*. 2018; 26:6 (1927-1931).
28. Cheng BH, Sham MM, Chan KY, Li CW, Au HY. Intensive palliative care for patients with hematological cancer dying in hospice: analysis of the level of medical care in the final week of life. *The American journal of hospice & palliative care*. 2015; 32:2 (221-225).
29. Manitta VJ, Philip JA, Cole-Sinclair MF. Palliative care and the hemato-oncological patient: can we live together? A review of the literatura. *J Palliat Med*. 2010; Aug 13(8):1021-5.
30. Riedel J, Kriesen U, Große-Thie , Henze L, Gläser H, Murua Escobar H, et al. AML patients in palliative care setting: Influence on life span and transfusion habits, assessment on quality of life and previous treatment. *Oncology Research and Treatment*. 2016; 39 Supplement (178-179).
31. Alonso E, Maluquer C, Morgades M, Francesc C, Alvarez P, Canchado R, et al. Transfusion at the last period of life. *Transfusion*. 2016; 56 Supplement 4 (177A).
32. Gleeson C, Spencer D. Blood transfusion and its benefits in palliative care. *Palliat Care* 1995; 9:307-13.
33. Sherbeck JP, Boss RD. Ethical Questions about Platelet Transfusions at the End of Life. *The AMA Journal of Ethic*. 2016; 18(8), 764-770.
34. Smith LB, Cooling L, Davenport R. How do I allocate blood products at the end of life? An ethical analysis with suggested guidelines. *Transfusion*. 2013; 53:696-700.