



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



CARTAS AL DIRECTOR

Final de vida y mejoría funcional. Papel de la rehabilitación



End of life and functional improvement. Role of rehabilitation

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el trabajo publicado recientemente por Ruiz-López et al.¹. Compartimos sus conclusiones y nos gustaría ampliar algunos aspectos que, en base a nuestra experiencia, creemos que son de interés en relación con el papel que el tratamiento rehabilitador puede desarrollar en el ámbito de los cuidados paliativos.

El hospital Dr. Moliner (Valencia) atiende a pacientes crónicos, con elevadas tasas de dependencia y en situación de final de vida. En un trabajo descriptivo publicado en el año 2002, el porcentaje de pacientes que estando en situación de final de vida se incluían en un programa de tratamiento rehabilitador suponía tan solo el 3% de toda la carga de

trabajo de la Unidad de Rehabilitación. Sin embargo, la consecución de objetivos individualizados era alta (60%) y estaba orientada a conseguir una mejoría funcional (87%)². En los datos preliminares obtenidos recientemente, al analizar la actividad durante los años 2012, 2013 y 2014, llevada a cabo de manera coordinada entre la Unidad de Rehabilitación y la Unidad de Cuidados Paliativos, la situación se ha modificado ostensiblemente. Así observamos que, durante el periodo estudiado, se han realizado un total de 80 solicitudes de valoración desde la Unidad de Cuidados Paliativos. Esto supone un 13,6% sobre el total de pacientes que ingresaron en la unidad (ingresos totales: 588) y un 10,2% de la carga total de la actividad de la Unidad de Rehabilitación (solicitudes de valoración totales: 782). Una vez evaluadas estas peticiones, iniciaron tratamiento rehabilitador 69 pacientes (86,25%). Las características generales de esta muestra, los objetivos terapéuticos y el tipo de tratamiento indicado se muestran en la [tabla 1](#).

De nuestros resultados cabe destacar el aumento en términos absolutos y porcentuales de la actividad rehabilitadora de nuestros pacientes con relación a los datos de nuestro anterior trabajo, así como el mantenimiento de la

Tabla 1 Características de la muestra, objetivos y tipos de tratamiento

Año	2012	2013	2014	Total
<i>N.º pacientes</i>	26	26	15	67
<i>Sexo</i>				
Hombres (%)	19 (73)	18 (69,3)	12 (80)	49 (73,2)
Mujeres (%)	7 (37)	8 (30,7)	3 (20)	18 (26,8)
<i>Edad media (rango)</i>	66,6 (35-84)	70,3 (53-89)	72,6 (38-89)	69,8 (35-89)
<i>Diagnóstico (%)</i>				
N. Digestiva	6 (23)	7 (26,9)	5 (33,3)	18 (26,8)
N. Bronquios y pulmón	9 (34,6)	5 (19,2)	5 (33,3)	19 (28,3)
N. Riñón y vías urinarias	2 (7,6)	6 (23)	2 (13,3)	10 (14,9)
N. Ginecológica	3 (11,5)	2 (7,6)	2 (13,3)	7 (10,4)
N. SNC	5 (19,2)	3 (11,5)	1 (6,6)	9 (13,4)
Otras neoplasias	1 (3,8)	3 (11,5)	-	4 (5,9)
<i>Objetivos terapéuticos</i>				
Mejoría funcional	19	21	10	50
Control del dolor	9	7	3	19
<i>Tipo de tratamiento</i>				
Cinesiterapia	17	21	10	48
Ortesis ± electroterapia	2	2	3	7

mejoría funcional como principal objetivo terapéutico. Con todo ello pretendemos subrayar lo afirmado por Ruiz-López et al.¹ y otros autores³⁻⁵, con respecto al importante papel que la rehabilitación puede desempeñar en el cuidado de los pacientes en situación de enfermedad avanzada, contribuyendo no solo a la mejoría en el tratamiento del dolor, sino en términos mucho más generales, a mejorar su calidad de vida y a facilitar el cuidado por parte de los familiares. Además, la literatura confirma que, de manera progresiva, los pacientes se incluyen en los programas de cuidados paliativos en fases más precoces de su evolución^{6,7}, por lo que las expectativas de mejoría funcional ante un episodio de empeoramiento clínico pueden ser mayores. Es por esto por lo que creemos en la necesidad de seguir trabajando en la elaboración de protocolos de colaboración conjunta entre el tratamiento paliativo y el rehabilitador, individualizando objetivos y terapias.

Bibliografía

1. Ruiz-López A, Monleón-Just M, Fernández-González A, Ruiz-Molina D. Las ortesis como analgésicos funcionales en dolor oncológico. *Med Paliat*. 2015;22:33-6.
2. Orts Candela L, Fombuena Moreno M, Ferrer Pastor M. Cuidados paliativos y rehabilitación. Experiencia en un hospital de media y larga estancia. *Med Paliat*. 2002;9:116-9.
3. Pita Carranza AJ, Núñez Olarte JM. Rehabilitación en Cuidados Paliativos: ¿un objetivo más? A propósito de dos casos. *Med Paliat*. 2001;8:68-70.
4. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer*. 2001;92:1049-52, 15.
5. Kasven-Gonzalez N, Souverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliat Support Care*. 2010;8:359-69.
6. Núñez Olarte JM, Guevara Méndez S, Conti Jiménez M, Sánchez Isac M, Solano Garzón ML, Pérez Aznar C, et al. Incorporación de los «cuidados paliativos precoces» en la actividad de una consulta externa de cuidados paliativos en un centro oncológico terciario. *Med Paliat*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.005>
7. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1721-30.

Genoveva Sánchez Ponce^a, Miguel Fombuena Moreno^{b,*},
Nuria Gutierrez Dubón^a y Marta López Agustín^a

^a Unidad de Rehabilitación, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Moliner, Serra, España

^b Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Moliner, Serra, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: fombuena_mig@gva.es
(M. Fombuena Moreno).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.03.002>
1134-248X/

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El anciano con insuficiencia cardíaca terminal: hacia una colaboración entre servicios de geriatría y medicina paliativa



End-stage heart failure in the elderly: Towards collaboration between geriatrics and palliative medicine

Sr. Director:

He leído con interés la carta al director de Picco et al.¹, publicada en su revista. A continuación realizo algunas consideraciones desde la medicina geriátrica, la medicina paliativa y la bioética que puedan clarificar la situación al lector.

La insuficiencia cardíaca es un problema de salud pública de proporciones epidémicas y un auténtico síndrome cardiogeriátrico², vía final común de la mayoría de las cardiopatías, con una trayectoria de discapacidad progresiva en «diente de sierra» y elevada morbilidad, siendo considerada un equivalente de enfermedad maligna. Sin embargo, solo un pequeño número de estos pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada reciben unos cuidados paliativos geriátricos especializados.

El anciano con insuficiencia cardíaca presenta, con frecuencia, síndromes geriátricos deterioro funcional,

polifarmacia, exceso de incapacidad... , cuestiones de suma importancia dentro de la valoración geriátrica integral y que no se caracterizan de forma rigurosa en el contexto clínico asistencial³. En la [tabla 1](#) se señala el solapamiento de ideas y conceptos procedentes de medicina geriátrica y medicina paliativa, según Goldstein y Morrison⁴.

Desde hace años se han buscado instrumentos que permitieran reconocer, de forma inequívoca, a los pacientes en situación de final de vida, identificando los criterios de gravedad (o «terminalidad») de enfermedad avanzada de un solo órgano pero que, desafortunadamente, suelen mostrar escasa sensibilidad y especificidad en su capacidad de pronosticar la supervivencia a medio plazo en pacientes de edad avanzada.

Sin embargo, se sabe que el deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad, con independencia de los diagnósticos clínicos de los que un anciano sea portador, siempre que se tenga en cuenta la evolución de esta medida a lo largo del tiempo⁵. Es posible que la búsqueda de herramientas de detección de problemas paliativos sea inútil, especialmente cuando se ha demostrado de forma fehaciente que la valoración geriátrica integral permite detectar las necesidades y problemas y elaborar un plan de cuidados efectivo adaptado a cada anciano, a lo largo de todo el curso de sus enfermedades⁶. Por tanto, deberíamos huir de intentar una exactitud pronóstica, en la mayoría de las ocasiones inalcanzable, para centrarnos en identificar a los pacientes con necesidades específicas