

Rehabilitación en Cuidados Paliativos y Oncología

1ra Edición

ASOCUPAC Colombia
Junio de 2024



CELEBRAMOS
- NUESTRO -
ANIVERSARIO
ASOCUPAC

Junta Directiva ASOCUPAC

2023-2025

Principales

Presidente

María Adelaida Córdoba Núñez, MD

Vicepresidente

María Ximena Beltrán Zerda, MD

Secretario

Rvdo. Jorge Eduardo Espinel

Fiscal

Marby Alejandra Torres Molina MD

Tesorero

Karen de la Pava Muñoz, ENF

SUPLENTES

Miguel Andrés Bayona Ospina, MD

Sandra Milena Cortés, MD

Fabio Stefant Iglesias Meza, MD

Jenny Russi Torres, ENF

Directora Ejecutiva

Martha Lucía Franco Garrido

Editores

Oriana Daza

Diana Rivera Rujana

Diseño grafico

Santiago Sánchez Correa

ISBN 978-958-52863-1-3

AÑO DE PUBLICACIÓN 2024

Asociación Cuidados Paliativos de Colombia- ASOCUPAC

Cali, Colombia-Sur América

Tabla de contenido

08	Funcionamiento y discapacidad en el contexto de la enfermedad en progresión.	20	¿Tiene espacio la rehabilitación pulmonar y/o cardiaca en el Cuidado Paliativo?
10	Ejercicio y calidad de vida en el paciente con cáncer de seno y metástasis ósea.	22	Neurotoxicidad por quimioterapia, enfoque desde Neurorehabilitación. Estudio de caso.
12	Nutrición en Cuidado Paliativo, lo que debemos saber.	26	Disyuntiva en el tratamiento del linfedema en el paciente en cuidados paliativos.
15	Una mirada desde la rehabilitación integral del paciente paliativo en Unidades de Cuidados Intensivos.	30	EPÍLOGO: Sentido holístico y central de la rehabilitación paliativa

Autores

Diana María Rivera Rujana.

Docente investigador, Universidad del Cauca. Fisioterapeuta. Magister en Neurorehabilitación. Diplomada en Cuidados Paliativos en enfermedad crónica y evolutiva. Especialista en terapia manual. Especialista en docencia universitaria. Colombia.

Catalina Lopera Muñetón.

Fisioterapeuta. Magister en liderazgo clínico en cáncer y cuidados paliativos. Colombia.

Ricardo Alfonso Merchán Chaverra.

Nutricionista Dietista, MSc Epidemiología Clínica, estudiante Doctorado en Oncología - Universidad Nacional de Colombia, Docente facilitador Unisanitas, Gestor en Epidemiología Clínica - Clínica Colsanitas, Líder grupo de Investigación en Nutrición Clínica - Unisanitas -Colsanitas, Coordinador académico e investigador CELAN. Colombia .

Carmen Chica-Meza¹, Jorge Enrique Moreno Collazos²,

Marco Antonio Morales Osorio³

1.Fisioterapeuta, Especialista en Cuidados Intensivos, Microbiología Clínica MSc. 2. Fisioterapeuta. Magister en Ciencias de la Actividad física y deporte. Doctor en Fisioterapia. Decano de la Facultad de Ciencias del Movimiento. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. 3. Fisioterapeuta, Kinesiólogo, Licenciado en Rehabilitación, Universidad de Tarapacá. Magister en Terapia Manual Ortopédica, Universidad Andrés Bello. Doctorando en Neurociencia Cognitiva Aplicada de la Universidad de la Costa, Colombia.

Cristian Camilo Giraldo Ramírez.

Médico especialista en Medicina Interna, magister en cuidados paliativos. SES Hospital de Caldas- Manizales. Colombia.

Natalia Cardona Ramírez

Natalia Londoño Gutiérrez

*Fisioterapeutas, Magisters en Neurorehabilitación de la Universidad Autónoma de Manizales de Colombia.

Isabel Cristina Ángel Bustos

Fisioterapeuta. Especialista en Cuidado Crítico. Magister en Cuidados Paliativos Universidad de Valladolid.

Editorial

La rehabilitación en cuidados paliativos poco a poco rompe un paradigma el cuál cuestionaba el objetivo de optimizar o rehabilitar a una persona, que por su enfermedad no tenía mayor expectativa de vida, esto permeado en el sistema y legislación, pacientes, familiares e incluso los mismos profesionales de la salud. El cambio de perspectiva ha sido impulsado y acompañado por el fortalecimiento de los cuidados paliativos que en Latinoamérica y específicamente en Colombia han dado pasos agigantados de la mano de personas y asociaciones como ASOCUPAC, las cuales han abanderado la visibilización de las necesidades enormes que tienen los pacientes y sus familias en torno al acompañamiento y cuidado continuo de sus enfermedades que si bien son crónicas e irreversibles, merecen recibir de equipos y profesionales capacitados lo necesario y pertinente acorde a sus particularidades.

En este sentido la participación de profesionales como: terapeutas respiratorios, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, entre otros, es cada vez más frecuente en los equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención, donde el despliegue de todas nuestras competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales orientadas a objetivos integradores, ya está trascendiendo la mirada netamente médica, llegando al interés y necesidad genuina de conocer aspectos como factores contextuales,

funcionalidad, aspectos espirituales, marco biopsicosocial, entre otros aspectos que confluyen en el potencial de rehabilitación siendo este ya un insumo principal en la toma de decisiones clínicas.

A pesar de este panorama alentador, aún es insuficiente por no decir que nulo en muchos casos, el acceso a la formación y educación específica en el área, versus países con sus sistemas de salud colmados de pacientes con necesidades de este tipo no identificadas, atendidas o simplemente orientadas por profesionales que tratan de hacer lo mejor posible sin las competencias, conocimientos y herramientas adecuadas.

En respuesta a esta realidad, hoy tenemos este número dedicado a esas áreas invisibles pero definitivamente fundamentales en la atención y logro de resultados clínicos integrales, excelentes y centrados en la persona, lo que sumado a la importancia de promover la educación, fortalecimiento, asesoramiento, construcción de políticas, guías y lineamientos para la práctica de los cuidados paliativos forman parte esencial de los objetivos de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos – ASOCUPAC.

Esperamos este sea el primero de muchos espacios que sigamos permeando desde nuestro quehacer, el cual se nutre día a día de la satisfacción y felicidad al aportar al bienestar y calidad de vida posible para nuestros pacientes y sus familias.

A large green diagonal graphic element that starts from the top left and extends towards the bottom right, creating a triangular shape on the left side of the page.

Oriana Daza García

Fisioterapeuta, Magister en Neurorehabilitación. Diplomada en cuidados paliativos y enfermedad crónica evolutiva. Diplomada en fisioterapia en oncología, Líder habilitación y rehabilitación Ses Hospital Universitario de Caldas.

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD EN PROGRESIÓN

*Diana María Rivera Rujana,
Fisioterapeuta.*

El funcionamiento de un individuo se entiende como una relación compleja o interacción entre las estructuras y funciones corporales, actividades y participación, enmarcadas en la condición de salud y los factores contextuales, por su parte la discapacidad es el término genérico que engloba déficits, limitaciones y restricciones, subrayando los aspectos adversos de la relación entre ese individuo y su contexto (1).

El funcionamiento y la discapacidad de los individuos se constituyen en el enfoque del abordaje en rehabilitación, en donde se busca potenciar el primero desde la capacidad del sujeto que le permita la participación en los roles vitales y una interacción positiva con el contexto ambiental y personal; y para la discapacidad, mitigar su impacto, abordando los dominios de manera que sea posible que ese sujeto se mantenga, se involucre o retome sus roles vitales mientras se resuelve su condición de enfermedad, cuando es posible y aprovechando sus potencialidades (2).

Cuando no es posible la resolución del proceso patológico y la

enfermedad progresa, dicha perspectiva de abordaje no cambia para las ciencias de la rehabilitación, el sujeto independientemente del curso o fase de la enfermedad, sigue siendo el objeto de la atención, su calidad de vida sigue teniendo la misma valía y su derecho a la salud y a la muerte digna es igual que la de un sujeto sano. Partiendo de esta premisa, es indiscutible la necesidad del abordaje desde rehabilitación para el paciente con una enfermedad en fase de progresión, susceptible de cuidados paliativos y/o en final de vida (3).

Si bien la enfermedad en sus inicios puede no afectar el funcionamiento del sujeto o hacerlo de manera transitoria, en la mayoría de enfermedades catastróficas se desarrolla una morbilidad acumulada que se potencia con factores como enfermedades asociadas, limitación funcional previa, fragilidad, deterioro de la condición física, entre otros. La evidencia es contundente en demostrar como los eventos cerebrovasculares, la enfermedad renal crónica, la enfermedad hepática crónica, el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas, el VIH, ciertas afecciones

cardiopulmonares en cualquiera de sus fases llevan al deterioro funcional, siendo la independencia uno de los determinantes de la calidad de vida en términos de salud (2,4,5).

La enfermedad en progresión avanza en la dimensión biológica del sujeto, afectado a las funciones y estructuras corporales, reflejándose en las limitaciones en la actividad, frecuentemente con generación de dependencia progresiva, postración, declinación funcional y finalmente discapacidad catastrófica. Esta provoca sobrecarga del cuidador y un impacto negativo de las dimensiones psico-social, que traen consigo soledad, aislamiento, depresión, irritabilidad, angustia, entre muchos otros síntomas que no solamente irrumpen en las dinámicas de vida de ese sujeto sino en todo su contexto (6). El sujeto muestra serias dificultades para continuar desenvolviéndose en sus roles vitales, o transformándolos a nivel familiar, laboral, comunitario, etc.

El contexto clínico para las enfermedades catastróficas ha cambiado en la última década con mayores tasas de supervivencia,

trayectorias y sintomatología más variadas y complejas tanto en estadios tempranos como avanzados. Estos logros en los tratamientos explican la transformación de estas patologías en enfermedades crónicas. Como resultado, muchos pacientes cuya enfermedad se considera incurable viven durante largos períodos de tiempo con morbilidad acumulada por su enfermedad y tratamiento, lo que requiere del desarrollo de nuevos enfoques para optimizar la calidad de vida (2).

Como será esa sobrevida del sujeto? En el equipo interdisciplinar, quien aborda el funcionamiento? Quien procura mantener la autonomia del sujeto o mitiga el impacto funcional? Quien potencia sus capacidades permitiendole la independencia con la que afronta rutinas, vive el dia a dia y se mantiene participe? Si se sigue concibiendo que la discapacidad no existe en la enfermedad catastrófica, o que el objeto de la rehabilitacion no tiene cabida en los cuidados paliativos, no sera posible el abordaje verdaderamente integral y un aporte significativo a la calidad de vida del sujeto.

Referencias

1. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, Yáñez M, Almborg AH, Fresk M, Besstrashnova Y, Shoshmin A, Castro SS, Cordeiro ES, Cuenot M, Haas C, Maart S, Maribo T, Miller J, Mukaino M, Snyman S, Trinks U, Anttila H, Paltamaa J, Saleeby P, Frattura L, Madden R, Sykes C, Gool CHV, Hrkal J, Zvolský M, Sládková P, Vikdal M, Harðardóttir GA, Foubert J, Jakob R, Coenen M, Kraus de Camargo O. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 8;19(18):11321. doi: 10.3390/ijerph191811321. PMID: 36141593; PMCID: PMC9517056.
2. Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Dec;60(6):1239-1252. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32768554; PMCID: PMC7406418.
3. Timm H, Vibe-Petersen J, Thuesen J. Coordinating rehabilitation and palliative care. *Ugeskr Laeger*. 2018 Feb 12;180(7):V05170395. Danish. PMID: 29465032.
4. Spruit MA, Rochester CL, Pitta F, Kenn K, Schols AMWJ, Hart N, Wouters EFM, Nava S, Dreher M, Janssen DJA, Johnson MJ, Curtis RJ, Sastry M, Franssen FME. Pulmonary rehabilitation, physical activity, respiratory failure and palliative respiratory care. *Thorax*. 2019 Jul;74(7):693-699. doi: 10.1136/thoraxjnl-2018-212044. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30872364.
5. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2017 Sep;25(9):2899-2908. doi: 10.1007/s00520-017-3742-4. Epub 2017 May 16. Erratum in: *Support Care Cancer*. 2017 Jun 15; PMID: 28508278; PMCID: PMC5527074.
6. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, Caruso G, Cavanna L, Bertè R, Bacchini G, Bocchi L, Piva E, Monfredo M, Scafuri V, Di Cesare P, Melotti B, Sequino M, Rimanti A, Binovi C, Ghisoni F, Caminiti C. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial [Internet]. *Ann Palliat Med*. 2019 [citado octubre 3 de 2022];8(4):381-389. Disponible en: doi: 10.21037/apm.2019.02.07. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30943735.

EJERCICIO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE SENO Y METÁSTASIS ÓSEA

*Catalina Lopera Muñetón.
Fisioterapeuta.*

El cáncer es la causa del 30% de las muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles entre adultos de 30 a 69 años. En 2020, se reportaron 19,2 millones de casos nuevos y 9,9 millones de muertes por cáncer en el mundo. Esto significa que de cada 6 personas 1 muere debido al cáncer. Adicionalmente, se anticipa que para el 2040 el número de casos nuevos de cáncer por año aumentará a 29,5 millones y el número de muertes por cáncer a 16,4 millones (1). Específicamente, para el cáncer de seno, de acuerdo con el observatorio global de cáncer en el mundo anualmente hay una incidencia de 2.3 millones de casos, lo que corresponde a una mortalidad de 684.996 casos (2), y en Colombia se da una incidencia de 15.509 casos, con una mortalidad de 4.411 casos (3).

Según Stubblefield 90% de las mujeres reportan uno o más efectos adversos del tratamiento para el cáncer de seno a los 6 meses y 62% a los 6 años (4). En congruencia con unas cifras de supervivencia del 89% a 5 años en Estados Unidos (5) y en Colombia con una proyección de sobrevivida a 2031 de 87.8% (3).

Adicionalmente, el cáncer de seno presenta una incidencia entre el 5-10% de metástasis óseas, las cuales se presentan en un periodo entre los 2-10 años del cáncer primario. Para dicha progresión de la enfermedad se estima un 51% de supervivencia al año y de 3% a los 5 años.

En articulación con lo anterior, el cáncer de seno en sus diferentes estadios, incluyendo su etapa avanzada se ha convertido en una patología de prioridad pública a nivel nacional e internacional, por su alta incidencia, mortalidad y aumento progresivo de su supervivencia. Al evidenciarse mayores tasas de supervivencia, se ha incrementado el interés por entender los efectos secundarios de los sujetos con cáncer y prevenir o disminuir las comorbilidades generadas por la patología y sus tratamientos. Esto incita a un énfasis especial sobre esta población e iniciativas en investigación e intervención en rehabilitación que permitan evaluar sus alteraciones físicas de una manera adecuada para desarrollar técnicas efectivas que mejoren su calidad de vida.

De acuerdo con Bueno- Robles et al, el deterioro de la calidad de vida de los pacientes oncológicos en población colombiana es multicausal, y del cual sobresalen especialmente tres elementos. El primero la salud mental, ya que niveles altos de estrés y alteraciones en la autoestima y la sexualidad generan depresión; el segundo elemento corresponde al nivel socioeconómico bajo y poca escolarización y el tercer elemento corresponde a los tratamientos oncológicos, que pueden generar efectos secundarios temporales o permanentes en los sobrevivientes (6).

Debido a lo anterior, es importante resaltar que la preservación y potencialización de la funcionalidad es un objetivo clave de la rehabilitación oncológica en estadios iniciales y avanzados de la enfermedad (7). La presencia de metástasis óseas puede provocar un impacto significativo en la función física y bienestar, lo cual se asocia a una mayor utilización de los servicios de salud y una reducción de la calidad de vida (8).

En la actualidad hay poca evidencia sobre la efectividad y seguridad del ejercicio

en los pacientes con metástasis óseas. Una revisión sistemática realizada por los autores Weller et al, incluyeron 17 artículos con 645 pacientes a los cuales se les prescribió ejercicio aeróbico, de fuerza o intervención con fútbol. De la totalidad de los estudios incluidos solo 3 reportaron eventos adversos serios y 7 describieron mejoría significativa en al funcionalidad, fatiga y calidad de vida. Los autores concluyen que con la evaluación adecuada y guiado por profesionales especializados en el área, el ejercicio puede ser efectivo y seguro en estos pacientes (9).

Finalmente, aunque la evidencia es escasa, esta sugiere que el ejercicio físico y la intervención fisioterapéutica especializada puede mejorar diversos efectos secundarios comunes que padecen los pacientes con cáncer avanzado junto con un impacto positivo en la calidad de vida (10). Se hace necesario mayor investigación en el área, la cual informe la práctica clínica y favorezca el trabajo interdisciplinar basado en las necesidades y en pro del beneficio de estos pacientes y su familia.

Referencias

1. GLOBOCAN. Cancer tomorrow [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?types=0&sexes=2&mode=cancer&group_populations=0&multiple_populations=0&multiple_cancers=1&cancers=20_23&populations=170&apc=cat_ca20v1.5_ca23v-1.5
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M. International Agency for Research on cancer. 2020. Global Cancer Observatory: cancer today. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
3. GLOBOCAN. Colombia FACT sheet [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 17]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>
4. Stubblefield MD. The Underutilization of Rehabilitation to Treat Physical Impairments in Breast Cancer Survivors. PM R. 2017 Sep;9(9S2):S317-23.
5. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017. [Internet]. 2022. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/2022-cancer-treatment-and-survivorship-fandf-acf.pdf>
6. Bueno-Robles LS, Soto-Lesmes VI. Salud sexual y alteraciones emocionales en mujeres colombianas con cáncer de mama. Psicooncología. 2015 Nov 11;12(2-3):405-16.
7. Padgett LS, Asher A, Cheville A. The Intersection of Rehabilitation and Palliative Care: Patients With Advanced Cancer in the Inpatient Rehabilitation Setting. Rehabil Nurs. 2018;43(4):219-28.
8. Ten Tusscher MR, Groen WG, Geleijn E, Berkelaar D, Aaronson NK, Stuiver MM. Education Needs of Dutch Physical Therapists for the Treatment of Patients With Advanced Cancer: A Mixed Methods Study. Physical Therapy. 2020 Mar 10;100(3):477-86.
9. Weller S, Hart NH, Bolam KA, Mansfield S, Santa Mina D, Winters-Stone KM, et al. Exercise for individuals with bone metastases: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2021 Oct;166:103433.
10. Ángel Bustos IC, Lopera Muñeton C, Betancur Bedoya SP, Grajales Toro S. Efectos de la intervención fisioterapéutica en la calidad de vida y el control de síntomas de los pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. Una revisión sistemática. j.medipa [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 10];28. Available from: <http://gestormedpal.inspiranetwork.com/fichaArticulo.aspx?iarf=683768748235-410274190169>

NUTRICIÓN EN CUIDADO PALIATIVO, LO QUE DEBEMOS SABER

*Ricardo Alfonso Merchán Chaverra.
Nutricionista Dietista.*

La nutrición juega un papel fundamental en el manejo integral de personas en condición de cuidados paliativos, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan enfermedades potencialmente mortales (1). El cuidado paliativo no solo se centra en la atención de personas con diagnóstico de enfermedad oncológica, también emerge la necesidad en patologías como VIH, enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas (2).

Las personas en cuidado paliativo suelen experimentar una variedad de síntomas que pueden afectar su estado nutricional, tales como la pérdida de apetito, las náuseas, el vómito, la fatiga, la disfagia y otros síntomas gastrointestinales (2). Estos desafíos nutricionales no solo impactan el bienestar físico de la persona, sino que también pueden influir en su estado emocional y en su calidad.

La intervención nutricional en esta fase de la historia natural de la enfermedad debe centrarse en el control de síntomas, el abordaje de los dominios físicos y la evaluación de las alternativas de tratamiento

en el contexto de los objetivos terapéuticos (3). Para ello se debe tener en cuenta la evaluación funcional medida a través del índice de Karnofsky o índice de Barthel y el pronóstico de la enfermedad usando herramientas validadas como el índice pronóstico paliativo (4).

A pesar de la importancia de la nutrición en este contexto, existen múltiples barreras que dificultan la implementación de estrategias nutricionales adecuadas. Estas incluyen la variabilidad en las necesidades individuales de los pacientes, las limitaciones fisiológicas y la necesidad de respetar los deseos y preferencias del paciente y su familia. Por tanto, es necesario establecer los criterios para el inicio del proceso de atención nutricional: si la persona presenta una funcionalidad mayor 50 según el índice de Karnofsky y tiene una expectativa de vida mayor a 3 meses, el proceso de cuidado nutricional incluyendo la suplementación nutricional está indicado (5,6).

La prevalencia de desnutrición en el paciente oncológico en estadios avanzados es frecuente alcanzando hasta un 80 % y siendo la causa de mortalidad del 20 % de las personas

(7,8). En una cohorte Colombiana que incluyó 475 personas con diagnóstico oncológico en cuidado paliativo la prevalencia de desnutrición fue del 84 %, las curvas de supervivencia mostraron una tendencia de mayor mortalidad según la presencia de desnutrición o de caquexia refractaria (9).

Por tanto, realizar intervenciones nutricionales en personas que se encuentren en condición de cuidado paliativo, es de crucial importancia como parte del tratamiento médico integral. El grupo de trabajo de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) recomienda que la decisión sobre el inicio del tratamiento nutricional en personas en paliativo debe realizarse de manera inter/multidisciplinar, estableciendo de forma clara los objetivos,

teniendo en cuenta su riesgo y beneficio, adaptándose a las circunstancias personales y a los deseos y preferencias de la persona, el cuidador y la familia (10).

La evidencia muestra que las intervenciones multimodales en cuidado paliativo, favorece una mayor ingesta de proteínas, reduce la fatiga y síntomas gastrointestinales como náuseas y vómito y aumenta en la fuerza de presión manual cuando se compara con el cuidado estándar (11,12).

La guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO por su sigla en inglés) propone el siguiente algoritmo de intervención nutricional según la expectativa de vida en personas con patología oncológica como se muestra en la figura 1.

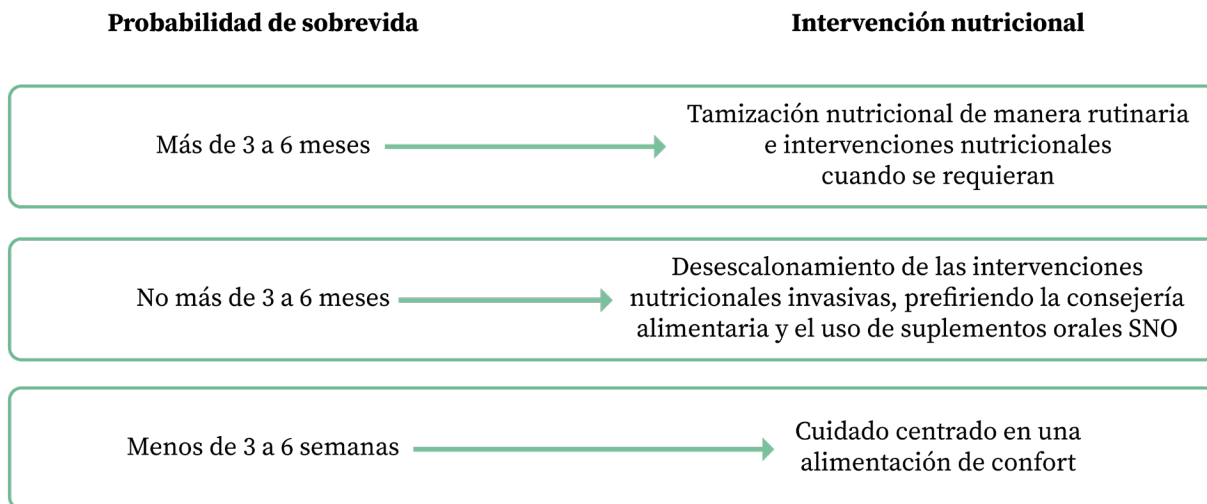


Figura 1. Intervenciones nutricionales según expectativa de vida en cuidado paliativo.
Tomado de: Arends et al. 2021 (5)

Además de esto, se deben considerar los aspectos éticos en la toma de decisiones relacionadas con la nutrición, asegurando que las intervenciones sean consistentes con los deseos de la persona y su calidad de vida (13). Las guías clínicas y la evidencia científica deben ser utilizadas como base para la implementación de prácticas nutricionales efectivas en el contexto de los cuidados paliativos.

En conclusión, optimizar la nutrición en personas que se encuentran en cuidados paliativos no solo puede aliviar el sufrimiento físico, sino también mejorar el bienestar emocional y psicológico. Es fundamental continuar investigando y educando a los profesionales de la salud sobre las mejores prácticas en nutrición para asegurar que las personas reciban una intervención diferencial y compasiva durante esta etapa de la historia natural de la enfermedad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet Lond Engl*. 2018;391(10128):1391-454.
3. Senderovich H, McFadyen K. Palliative Care: Too Good to Be True? *Rambam Maimonides Med J*. 2020;11(4):e0034.
4. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 1999;7(3):128-33.
5. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim T, Madeddu C, Ravasco P. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021;6(3):100092.
6. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr Edinb Scotl*. mayo de 2021;40(5):2898-913.
7. Prado CM, Laviano A, Gillis C, Sung AD, Gardner M, Yalcin S, et al. Examining guidelines and new evidence in oncology nutrition: a position paper on gaps and opportunities in multimodal approaches to improve patient care. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. abril de 2022;30(4):3073-83.
8. Merchán-Chaverra RA, Acero-Alfonso DA, Cuellar-Fernandez YM, Medina-Parra J, Lloreda PS. Malnutrition screening tool and nutritional screening tool for classification of nutritional risk in patients with cancer upon hospital admission: Comparison of diagnostic performance using Global Leadership Initiative on malnutrition criteria as reference. *Clin Nutr ESPEN*. 2024;61:46-51.
9. Gómez-Serna MI, López D, Pérez-García YE, Montoya Restrepo ME. [Nutritional assessment of cancer patients in palliative care is a key element in comprehensive care and survival]. *Nutr Hosp*. 25 de agosto de 2022;39(4):814-23.
10. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE [Internet]. [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000600027
11. Ester M, Culos-Reed SN, Abdul-Razzak A, Daun JT, Duchek D, Francis G, et al. Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*. 2021;21(1):159.
12. Uster A, Ruehlin M, Mey S, Gisi D, Knols R, Imoberdorf R, et al. Effects of nutrition and physical exercise intervention in palliative cancer patients: A randomized controlled trial. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2018;37(4):1202-9.
13. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2016;35(3):545-56.

UNA MIRADA DESDE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE PALIATIVO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carmen Chica-Meza¹, Jorge Enrique Moreno Collazos², Marco Antonio Morales Osorio³
1. Fisioterapeuta, 2. Fisioterapeuta. 3. Fisioterapeuta, Kinesiólogo.

Introducción

Dadas las necesidades cada día más complejas en la atención interdisciplinaria de los pacientes paliativos que enferman críticamente, los profesionales del cuidado intensivo y la rehabilitación se han convertido en parte vital del grupo de especialistas que trabajan en colaboración para garantizar los mejores resultados posibles y el uso adecuado y oportuno de los recursos de cuidados críticos disponibles. La atención integral del paciente crítico debe incluir los cuidados paliativos. Estos, hacen parte de la intervención en Cuidados Intensivos, de modo que se logre garantizar una atención humana y con calidad, en aras de optimizar el cuidado al final de la vida.

Principios y fundamentos de la fisioterapia en cuidado paliativo en la UCI.

Los cuidados paliativos se relacionan con el cuidado de la vida, independientemente de su duración restante. Estos pretenden rescatar la dignidad y la voluntad

del paciente al final de la vida y deben ser establecidos por un equipo de profesionales de salud competentes, capacitados, en sintonía y armónico, teniendo como objetivo cuidar integralmente a la persona, con una escucha y una recepción adecuadas, permitiendo una muerte más digna y cómoda(1). Es por ello, que en la rehabilitación del usuario desde el cuidado paliativo en la unidad de cuidado intensivo la fisioterapia está llamada a la concepción de la humanización desde el proceso de atención en el primer contacto para establecer el proceso de aporte en el cuidado desde la concepción del estímulo del movimiento corporal humano como agente transformador de vida desde la diana paciente y cuidador (2).

En ese contexto, se pueden hallar características esenciales de la humanización del paciente paliativo con cuidados integrales debido al enfoque en la atención integral y personalizada, brindando cuidados físicos, emocionales, psicológicos, espirituales para mejorar la calidad de vida y reducir la angustia

emocional para el paciente y su familia(3).

Los fisioterapeutas tienen las competencias para hacer parte del equipo de soporte necesario en las etapas finales de la vida, el manejo efectivo del dolor y otros síntomas relacionados con la enfermedad, brindando educación y apoyo emocional y abordar la enfermedad con mayor comprensión y confianza a través del diálogo abierto con el paciente y la familia basándose principalmente en el respeto y compasión en los momentos finales, permitiéndoles vivir en paz y dignidad(4). Por lo que, dentro del abordaje del usuario en las unidades de cuidado intensivo resulta imprescindible que la intervención fisioterapéutica tenga en cuenta los procesos éticos y ontológicos acorde tener conductas de la toma de decisiones interprofesionales permeado con el manejo humanizado del contacto familia- paciente que permita contribuir al bienestar en un ambiente hostil de la situación de estado crítico de salud(5).

Enfoque y Análisis del Manejo del Dolor en Paciente Crónico desde la Fisioterapia: Una Perspectiva Biopsicosocial en Cuidados Intensivos

Según la International Association for the Study of Pain (IASP), el dolor crónico se describe como "un dolor que persiste o se repite durante más de 3 meses". De acuerdo con el enfoque biopsicosocial propuesto por Gatchel et al. (2007), el tratamiento debe considerar la relación entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En este contexto, la fisioterapia ha incorporado en su práctica estrategias tanto "Top Down" como "Bottom Up": (6).

Estrategias "Top Down": Estas técnicas, centradas en el sistema nervioso central,

apuntan a modificar la percepción del dolor:

- Educación del Paciente: Facilitar el entendimiento sobre el dolor puede atenuar el miedo y la ansiedad, promoviendo un proceso de recuperación más eficaz (7).
- Terapia Cognitivo-Conductual: Orientada a reformular patrones de pensamiento que puedan estar exacerbando la experiencia del dolor.
- Relajación y Mindfulness: Promueven un estado mental tranquilo y pueden contribuir a reducir la percepción del dolor (8).

Estrategias "Bottom Up": Enfocadas en el sistema musculoesquelético y periférico, estas técnicas buscan intervenir directamente en la fuente del dolor:

- Terapia Manual: La terapia manual comprende técnicas manuales para tratar trastornos musculoesqueléticos y de movimiento, considerando factores neurofisiológicos y biopsicosociales. La eficacia de esta terapia puede verse influenciada por las expectativas del paciente y la interacción terapeuta-paciente (9).
- Ejercicio Físico y Terapéutico: El ejercicio ha sido ampliamente reconocido como una intervención efectiva para el dolor crónico. Los mecanismos a través de los cuales el ejercicio influye en el dolor crónico son multifactoriales y complejos. Liberación de Endorfinas (10); Descenso de Citoquinas Inflamatorias (11); Aumento de la Fuerza y Flexibilidad (12); Modulación del Sistema Nervioso Autónomo (13); Reestructuración Cognitiva

- (14); Aumento del Flujo Sanguíneo
(15); Desensibilización Central (16)

El contexto de la UCI presenta una serie de desafíos únicos. Aquí, los pacientes no sólo enfrentan el dolor físico, sino también la carga psicológica de la hospitalización prolongada, el aislamiento y el estrés. Desde una perspectiva biopsicosocial, la fisioterapia en la UCI debe ser holística, enfatizando la movilidad, educando al paciente y, crucialmente, involucrando a la familia en el proceso terapéutico (17)

La Fisioterapia en el paciente crítico al final de la vida: Rehabilitación con un enfoque Humanizado.

La intervención fisioterapéutica en cuidados intensivos del paciente paliativo se caracteriza por el uso de múltiples recursos tecnológicos y tratamientos especializados e individualizados debido a la complejidad y gravedad de la patología que cursa el paciente, impactando los dominios cardiovascular y pulmonar, neuromuscular, musculoesquelético e integumentario en los que, en muchas ocasiones, los resultados tienden a ser desalentadores, haciéndose inevitable el proceso de muerte(1,18-19). La atención a pacientes críticos puede tener dos desenlaces: el cuadro clínico del paciente mejora por un tratamiento y resolución exitosa de la enfermedad y una recuperación de la salud y calidad de vida; y, por otra parte, el cuadro clínico que pasa a considerarse como “fuera de posibilidades terapéuticas”. (19)

Es así como la evaluación fisioterapéutica del paciente paliativo en UCI toma una gran importancia para poder establecer objetivos específicos basados en un diagnóstico disciplinar que determine las deficiencias,

limitaciones y discapacidades temporales o permanentes, de modo que la intervención planeada de forma objetiva y clínica basada en la evidencia disponible pueda impactar y permitir que el paciente se adapte a su enfermedad, identifique su funcionalidad, y de ser posible, se puedan minimizar las complicaciones buscando mejorar su calidad de vida, aun cuando se encuentre internado en Cuidados Intensivos.(20,21)

Por otra parte, la ventilación mecánica se ha convertido en una estrategia de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. Reconocer la limitación de este soporte vital implica identificar de manera temprana la inutilidad del tratamiento. (22)Tema que ha generado gran discusión para ser vista como una opción de hacer posible la muerte digna a los pacientes, mitigando el sufrimiento y sensibilizando las necesidades de la familia asociadas a las condiciones actuales del paciente.(1,18) Dentro de las opciones de limitación del soporte vital se pueden visualizar la toma de decisiones clínicas tales como: retirar o no proporcionar soporte vital avanzado (Ventilación Mecánica) y mantener las medidas vigentes, sin anexar tratamientos para eventos clínicos emergentes hasta que tenga lugar la muerte.(22,23) Se han documentado cuatro razones para limitar el soporte vital del paciente en la UCI: Interrumpir el tratamiento por el deseo del paciente o de sus familiares; la terapia se considera desestimable en relación con las condiciones actuales de salud; la calidad de vida prevista es inaceptable o con sufrimiento excesivo; y la carga del tratamiento para revertir las condiciones clínicas es difícil de soportar(20,22,23)

Los efectos de la intervención

fisioterapéutica en la calidad de vida y el control de síntomas de los pacientes paliativos en Cuidados Intensivos tienen un gran soporte científico, generando beneficios potenciales, siendo considerada como modalidad de tratamiento complementario en pacientes con cáncer (21,24). La actividad física y una correcta prescripción del ejercicio mientras el paciente se encuentra en UCI, pueden ser intervenciones que estimulan el ánimo a vivir y disfrutar hasta el final. Además, disminuyen los efectos secundarios en los pacientes con enfermedades progresivas. Así mismo, una significativa mejoría en el VO₂ max y en desempeño muscular, reduciendo la sensación de la fatiga. (20,21,25)

Conclusión

La fisioterapia en cuidados intensivos para intervenir pacientes paliativos debe estar fundamentada en un enfoque biopsicosocial, posicionándose como una solución holística al complejo problema del dolor crónico. En este marco, la adaptabilidad y personalización de estrategias terapéuticas son cruciales. Reconociendo la unicidad de cada paciente y sus circunstancias, es imperativo ajustar las intervenciones a sus necesidades específicas. Al hacerlo, no solo se busca aliviar el dolor, sino también empoderar al paciente, fortaleciendo su resiliencia y capacidad de autogestión frente a su condición. Es esta combinación de enfoque individualizado y técnicas multifacéticas lo que potencia la fisioterapia como herramienta primordial en la lucha contra el dolor crónico.

Referencias

- Kurogi LT, Vieira CALG, Ramalho RM, Silva AW da. Implantación e implementación de servicios en cuidados paliativos. *Rev Bioética*. 2022 Dec;30(4):825–36.
- Pereira-Rodríguez JE, Geesel Peñaranda-Florez D, Pereira-Rodríguez R, Pereira-Rodríguez P, Santamaría-Pérez KN. Rol de la Fisioterapia en los cuidados paliativos Role of Physiotherapy in palliative care Title: Role of Physiotherapy in palliative care.
- Jurado AJN. Bases conceptuales y estrategias para humanizar la atención a las personas dependientes. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria*. 2023;30(1).
- Riches JC, Voigt LP. Palliative, Ethics, and End-of-Life Care Issues in the Cancer Patient. Vol. 37, *Critical Care Clinics*. 2021.
- Sousa GM de, Lustosa M de A, Carvalho VS. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. *Rev Bioética*. 2019 Sep;27(3):516–27.
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull [Internet]*. 2007;133(4):581–624. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Moseley G, Butler D. *Explain Pain Supercharged*. Adelaide City West: NOI Group Publishers; 2017. 12–13 p.
- Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain. *JAMA [Internet]*. 2016 Mar 22;315(12):1240. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.2323>
- Bialosky JE, Beneciuk JM, Bishop MD, Coronado RA, Penza CW, Simon CB, et al. Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *J Orthop Sport Phys Ther [Internet]*. 2018 Jan;48(1):8–18. Available from: <http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.7476>
- Koltyn KF. Analgesia Following Exercise. *Sport Med [Internet]*. 2000;29(2):85–98. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00007256-200029020-00002>
- Petersen AMW, Pedersen BK. The anti-inflammatory effect of exercise. *J Appl Physiol [Internet]*. 2005 Apr;98(4):1154–62. Available from: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/japplphysiol.00164.2004>
- Liddle SD, Baxter DG, Gracey JH. Exercise and chronic low back pain: what works? *Pain [Internet]*. 2004 Jan;107(1):176–90. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-200401000-00024>
- Terkelsen AJ, Molgaard H, Hansen J, Finnerup NB, Krøner K, Jensen TS. Heart Rate Variability in Complex Regional Pain Syndrome during Rest and Mental and Orthostatic Stress. *Anesthesiology [Internet]*. 2012 Jan 1;116(1):133–46. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/116/1/133/11186/Heart-Rate-Variability-in-Complex-Regional-Pain>
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev [Internet]*. 1977;84(2):191–215. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beavers KM, Brinkley TE, Nicklas BJ. Effect of exercise training on chronic inflammation. *Clin Chim Acta [Internet]*. 2010 Jun;411(11–12):785–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009898110001646>
- Nijs J, Kosek E, Van Oosterwijck J, Meeus M. Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? *Pain Physician [Internet]*. 2012 Jul;15(3 Suppl):ES205–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786458>
- Needham DM, Korupolu R, Zanni JM, Pradhan P, Colantuoni E, Palmer JB, et al. Early Physical Medicine and Rehabilitation for Patients With Acute Respiratory Failure: A Quality Improvement Project. *Arch Phys Med Rehabil [Internet]*. 2010 Apr;91(4):536–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999310000341>
- Pegoraro MM de O, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*. 2019 Dec;27(4):699–710.
- Trotta19.
- Bustos ICÁ, Muñetón CL, Betancur SP, Toro SG. Effects of physiotherapeutic intervention in quality of life and symptom control of patients with advanced cancer in palliative care. A systematic review. *Medicina Paliativa*. 2021 Mar 15;28(1).
- Albrecht TA, Taylor AG. Physical activity in patients with advanced-stage cancer: A systematic review of the literature. Vol. 16, *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012. p. 293–300.
- Rubio Sanchiz O, Ventura Pascual L, Rubio O, Médico S, Ventura L, Médico P. Pascual Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional DOSSIER SOBRE BIOÉTICA Y MEDICINA INTENSIVA Limitation of life support. Palliative care and end of life in ICU Limitació de suport vital. Cures paliatives i final de vida a l' UCI. 2020; Available from: www.bioeticayderecho.ub.edu
- Campo G, Begoña M, Rodríguez M, Cortés C. INTEGRATION OF THE PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE CARE MEDICINE [Internet]. Available from: <http://tinyurl.com/ppls3md>
24. Pedersen KM, Zangger G, Brochmann N, Grønfeldt BM, Zwisler AD, Hasselbalch HC, et al. The effectiveness of exercise-based rehabilitation to patients with myeloproliferative neoplasms—An explorative study. *Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]*. 2018 Sep 1 [cited 2023 Sep 5];27(5):e12865. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ecc.12865>
25. Kasven-Gonzalez N, Souverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report. *Palliat Support Care [Internet]*. 2010 Sep [cited 2023 Sep 5];8(3):359–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20875180/>

¿TIENE ESPACIO LA REHABILITACIÓN PULMONAR Y/O CARDIACA EN EL CUIDADO PALIATIVO?

*Cristian Camilo Giraldo Ramírez.
Médico*

Desde el año 2002 la OMS (Organización Mundial de la Salud) establece 8 principios del cuidado paliativo, postulados que han sido acogidos por todos los países miembros incluido Colombia (1); para el objeto de este texto se resaltan la integración en el cuidado del paciente de los aspectos espirituales y psicológicos; el mejorar la calidad de vida e influenciar positivamente en el curso de la enfermedad y la ayuda a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible; si se comparan estos fundamentos con los objetivos de la terapias de rehabilitación se infiere el papel fundamental que estas disciplinas deben aportar para cumplir con los postulados mencionados.

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad y discapacidad en el mundo, de igual manera son las principales responsables de demanda de atención paliativa, dentro de estas la enfermedad cardiaca y pulmonar ocupan los primeros lugares (2). Las terapias de rehabilitación cardiaca y pulmonar si bien no han demostrado con suficiente poder estadístico disminución de la mortalidad, han impactado en

varios desenlaces importantes en salud que son consistentes con los objetivos del cuidado paliativo según metaanálisis publicados en revistas de alto impacto: disminuyen los ingresos hospitalarios (OR 0.69) mejoran la tolerancia al ejercicio (promedio 50 metros en test de caminata de 6 minutos) y por ende la movilidad y autonomía de los pacientes y; mejoran la calidad vida al aplicar diferentes escalas multidimensionales de medida con diferencia de hasta 9 puntos en comparación a quienes no reciben estas terapias (3, 4).

La mayoría de pacientes incluidos en los diferentes estudios presentan falla cardiaca, cardiopatía isquémica y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), si bien los metaanálisis no discriminan si los pacientes analizados cumplen criterios de enfermedad susceptibles de intervención paliativa, es probable que se puedan extrapolar los resultados a nuestros pacientes con enfermedad cardiaca o pulmonar avanzada; las terapias de rehabilitación han demostrado mejorar el dolor, la ansiedad, la depresión, hasta el 85% de los pacientes con cáncer terminal

desean por lo menos poder caminar o manejar su propia silla de ruedas y las terapias (5).

El manejo en domicilio es una de las estrategias más utilizada en cuidados paliativos y la evidencia en terapias de rehabilitación cardíaca y pulmonar en casa no es ajena a este principio; en el año 2023 el grupo Cochrane publica un metaanálisis analizando 24 estudios con más de 3400 comparando la efectividad de terapias en casa versus hospital con resultados similares con control de disnea, mejoría de funcionalidad y mejoría de calidad de vida (6); resultados similares en cuanto a no inferioridad en calidad de vida y capacidad de ejercicio reporta la revista de la sociedad respiratoria europea en 2022 después de analizar 16 estudios con 1800 pacientes con EPOC (7). La evidencia en cuidado paliativo y terapias de rehabilitación cardíaca y pulmonar, aunque es pobre, existe: en rehabilitación pulmonar existen estudios principalmente en programas de ventilación mecánica domiciliarios (8), y en rehabilitación cardíaca en pacientes con falla

cardíaca avanzada (9). Un aporte importante en los procesos de rehabilitación sería la explicación al paciente y sus familiares sobre la historia natural de la enfermedad y la toma anticipada de decisiones sobre fin de vida, solo el 25% de los pacientes después de un ciclo de terapias de rehabilitación discutió este tema con los médicos y el 61% asumían, aun en etapas avanzadas de su enfermedad, que tendrían criterios médicos para ventilación mecánica invasivas en caso de alguna complicación (10), Un estudio publicado en 2022 que incluyó 240 pacientes con EPOC y 138 cuidadores demostró que cuando se incluye a los cuidadores en el proceso de las terapias se logra mejorar ansiedad- depresión- fatiga en cuidadores así como mejoría de la sensación de disnea (11).

Por lo anterior concluyo que las terapias de rehabilitación cardíaca y pulmonar si pudiesen tener un espacio muy importante en un modelo de atención paliativo, y se debe empezar a robustecer la evidencia con el fin de demostrar directamente el impacto.

Referencias

1. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2nd ed), World Health Organization, Geneva (2002)
2. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, 23(4), 344-381
3. Molloy CD, Long L, Mordi IR, Bridges C, Sagar VA, Davies EJ, Coats AJS, Dalal H, Rees K, Singh SJ, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure - 2023 Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2023
4. Jenkins AR, Burtin C, Camp PG, Lindenauer P, Carlin B, Alison JA, Rochester C, Holland AE. Do pulmonary rehabilitation programmes improve outcomes in patients with COPD posthospital discharge for exacerbation: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2024 Apr 15;79(5):438-447
5. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The Benefits of Rehabilitation for Palliative Care Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2015;32(1):34-43
6. McDonagh STJ, Dalal H, Moore S, Clark CE, Dean SG, Jolly K, Cowie A, Afzal J, Taylor RS. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 10. Art. No.: CD007130.
7. Uzzaman, M. N., Agarwal, D., Chan, S. C., Patrick Engkasan, J., Habib, G. M. M., Hanafi, N. S., Jackson, T., Jebaraj, P., Khoo, E. M., Mirza, F. T., Pinnock, H., Shunmugam, R. H., & Rabinovich, R. A. (2022). Effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation: systematic review and meta-analysis. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*, 31(165), 220076
8. Spruit MA, Rochester CL, Pitta F, et al. Pulmonary rehabilitation, physical activity, respiratory failure and palliative respiratory care. *Thorax* 2019;74:693-699.
9. Joshi V. Report on rehabilitation and palliative care in the management of cardiovascular diseases: the evidence and the gaps. 1. edition. REHPA: University of Exeter Medical School; 2018
10. Heffner, J. E., Fahy, B., Hilling, L., & Barbieri, C. (1996). Attitudes regarding advance directives among patients in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 154(6 Pt 1), 1735-1740.
11. Grosbois JM, Gephine S, Kyheng M, Le Rouzic O, Chenivresse C. Improving the wellbeing of caregivers of patients with COPD using a home-based pulmonary rehabilitation programme. *ERJ Open Res*. 2022 Dec 12;8(4):00255-2022.

NEUROTOXICIDAD POR QUIMIOTE- RAPIA, ENFOQUE DESDE NEURORE- HABILITACIÓN. ESTUDIO DE CASO

Natalia Cardona Ramírez Natalia Londoño Gutiérrez**

**Fisioterapeutas, Magisters en Neurorehabilitación de la Universidad Autónoma de Manizales de Colombia.*

Introducción:

La polineuropatía inducida por quimioterapia (NIQ) es un efecto secundario del tratamiento farmacológico con potencial de toxicidad, generando daño en los nervios sensoriales, motores, autonómicos o craneales (1). Esta patología se convierte en limitación para el tratamiento oncoespecífico, retrasando la administración de un nuevo ciclo o reducciones de la dosis por ciclo (2); además, genera deterioro de la calidad de vida y la independencia funcional.

A nivel internacional, aproximadamente del 30% al 60% de los pacientes con cáncer desarrollan NIQ (1); en Colombia, un estudio reportó una prevalencia alrededor del 50% (3). Las manifestaciones clínicas dependen del área del sistema nervioso afectada: encefalopatía, toxicidad cerebelosa, parálisis de nervios craneales, mielopatía y neuropatía periférica (4). Aunque los mecanismos fisiopatológicos no son del todo claros, se ha descrito unión irreversible al ADN, apoptosis neuronal, disfunción de canales de sodio, disfunción del transporte axonal y bloqueo del ciclo de Krebs

(2)(5). Existen tratamientos no farmacológicos para el abordaje de NIQ con escasa documentación como la Neurorehabilitación. Este artículo tiene como objetivo presentar el caso de una paciente con diagnóstico de NIQ desde un abordaje neurorehabilitador.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años de edad con diagnóstico de NIQ con 5 semanas de evolución desde sus primeros síntomas quien realiza manejo neurorehabilitador durante 10 sesiones, con importantes avances que impactaron positivamente en las actividades de la vida diaria mejorando su calidad de vida.

Tabla 1. Evaluación pre y postratamiento

Categoría	Valoración inicial	Valoración final
Integridad de pares craneales	Compromiso ocasional del gusto asociado a cambios de sabor en la alimentación	Compromiso ocasional del gusto asociado a cambios de sabor en la alimentación
Movilidad (Incluido el movimiento)	Compromiso moderado del control postural durante transiciones y transferencias	Compromiso leve del control postural durante transiciones y transferencias
Equilibrio Escala SPPB	SPPB Balance: 0 puntos Levantarse y sentarse de una silla: 0 puntos Marcha (4 metros): 1 punto (19,83 segundos) Total: 1/12 Puntos	SPPB Balance: 4 puntos Levantarse y sentarse de una silla: 1 punto Marcha (4 metros): puntos (4,78 segundos) Total: 9/12 Puntos
Funcionamiento muscular incluye Fuerza (MRC)	Pérdida de fuerza muscular generalizada (3+), disminución generalizada de trofismo muscular	Fuerza muscular generalizada (4)
Función motriz	Dismetría en las cuatro extremidades, ataxia troncular, disminución en la velocidad de diadococinesias	Aumento en la velocidad de las diadococinesias y disminución significativa de la ataxia troncular
Integridad sensorial	Compromiso moderado de la sensibilidad superficial en las cuatro extremidades	Compromiso leve de la sensibilidad superficial en las cuatro extremidades
Marcha	Realiza marcha con apoyo de bastón de cuatro puntos y asistencia manual distal	Marcha independiente
Independencia Funcional Índice de Barthel	Puntuación de Barthel: 60 puntos - Dependencia severa	Puntuación de Barthel: 85 puntos - Dependencia moderada

Elaboración propia

Tabla 2. Estrategias de intervención

Estrategia/método	Problemas a abordar
Reaprendizaje motor: entrenamiento orientado a tarea	Alteración del balance, incoordinación motora, dismetría, alteración de la marcha
Entrenamiento musculatura core	Ataxia troncular, inestabilidad antigraavitatoria
Entrenamiento del balance	Alteración del balance en las distintas posiciones y transiciones, inestabilidad de la marcha
Rehabilitación neurocognitiva	Alteración de la sensibilidad y la propiocepción
Entrenamiento de motricidad fina	Limitación en agarres funcionales de la mano
Ejercicio de resistencia cardiovascular	Disnea, fatiga, poca tolerancia a la actividad física

Elaboración propia

Discusión y conclusiones:

Son varios los estudios que se han realizado para el abordaje de esta condición y aún se considera un problema no resuelto, la ausencia de tratamiento preventivo o sintomático es un tema que preocupa en esta condición de salud.

Se ha documentado cómo el ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en la salud tanto física como mental y estas mejoras están relacionadas con el vínculo que genera el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) entre la actividad física y la neurogénesis (6) (7). La propuesta presentada en este estudio de caso desde un abordaje Neurorehabilitador sugiere impactos positivos en la escala de Barthel y la SPPB lo que impacta en la calidad de vida de la paciente.

Este tratamiento estuvo orientado en estrategias como reaprendizaje motor orientado a tareas, rehabilitación neurocognitiva, comparación entre acciones, entrenamiento de la musculatura core, motricidad fina y resistencia cardiovascular. Aunque, estas estrategias se han recomendado con alto nivel de evidencia en otras condiciones como la enfermedad cerebrovascular, este estudio presenta resultados positivos y sugiere su uso en este tipo de condiciones. Este caso exitoso de intervención de la NIQ nos permite concluir que la neurorehabilitación es un área con gran potencial de impacto en la sintomatología y calidad de vida de los pacientes que transitan con los efectos neurotóxicos de la quimioterapia; es importante visibilizar las alternativas de tratamiento para esta condición, teniendo en cuenta el impacto funcional y emocional

que ésta representa y la significativa mejoría que se puede obtener interviniendo oportunamente.

Referencias

1. Zhang S. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and rehabilitation: A review. *Seminars in Oncology*. 1 de junio de 2021;48(3):193-207.
2. Velasco R, Bruna J. Neuropatía inducida por quimioterapia: un problema no resuelto. *Neurología*. 1 de marzo de 2010;25(2):116-31.
3. Martínez JW, Sánchez-Naranjo JC, Londoño-De los Ríos PA, Isaza-Mejía CA, Sosa-Urrea JD, Martínez-Muñoz MA, López-Osorio JJ, Marín-Medina DS, Machado M, Machado-Alba JE. Prevalencia de neuropatía periférica asociada a quimioterapia en cuatro centros oncológicos de Colombia. *Rev Neurol* 2019;69(03):94-98
4. Perez B, Corral J, Fernández A. Neurotoxicidad por quimioterapia. En: Guía SEOM Uso de los Fármacos Antiepilépticos en Oncología. España: Displubic, S. L.; 2006.
5. Gómez-Utrero E, Navarro Expósito F. Protocolo de manejo clínico de la neuropatía en el paciente oncológico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 1 de abril de 2017;12(31):1883-6.
6. Pintilie S, Condrat A, Fodor A, Sitar-Tăut AV, Damian M, Login C, et al. Neuroprotective effects of physical exercise: Implications in health and disease. *Romanian Medical Journal*. 30 de septiembre de 2021;68:383-9.
7. Cao A, Cartmel B, Li FY, Gottlieb LT, Harrigan M, Ligibel JA, et al. Exercise adherence in a randomized controlled trial of exercise on quality of life in ovarian cancer survivors. *J Cancer Surviv*. abril de 2023;17(2):535-43.

DISYUNTIVA EN EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN EL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS

Isabel Cristina Ángel Bustos

Fisioterapeuta. Especialista en Cuidado Crítico. Magister en Cuidados Paliativos Universidad de Valladolid

En los cuidados paliativos (CP), la fisioterapia tiene un papel importante de apoyo en el tratamiento del dolor y otros síntomas angustiantes, como los síntomas respiratorios, además, de las alteraciones funcionales y el tratamiento del linfedema. Un síntoma común en el cáncer terminal o como secuela del tratamiento antineoplásico, es el caso del tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia, o la obstrucción mecánica del sistema linfático o venoso por una neoplasia. Pero también se presenta en condiciones terminales no oncológicas, debido a alteraciones nutricionales, donde predomina la disminución de la albumina, sobre carga hídrica, pacientes con falla cardíaca o falla renal terminal, que se puede presentar como un edema venoso, causado por la filtración y retención de fluido bajo proteínas del sistema venoso al espacio intersticial, o debido a obstrucción o disfunción del flujo linfático, mecanismos pueden operar independientemente o en conjunto (1)

En el paciente oncológico, el linfedema de las extremidades superiores es más frecuente en el cáncer de mama y mientras que el de miembros inferiores es más

frecuente en cáncer de próstata, cáncer uterino, linfoma o melanoma. La incidencia es mayor en los pacientes que han sido sometidos a vaciamiento ganglionar o a irradiación de un lecho ganglionar.

El linfedema provoca el paciente una gran variedad de síntomas como la pesadez relacionada con el peso de la extremidad afectada, sensación de tirantez en la piel, y disminución de la flexibilidad de las articulaciones comprometidas, lo que finalmente lleva a un incremento del dolor y de la disnea; esta sintomatología tiene un impacto importante en la funcionalidad, llevando a alteración de la marcha, disminución de la movilidad, incrementando el riesgo de caídas, alteración de la sensibilidad y úlceras cutáneas. La aparición de linfedema es un problema devastador para los pacientes que lo sufren en cuidados paliativos y definitivamente puede tener un gran impacto en su calidad de vida. (2)

El tratamiento intensivo del linfedema, basado en la terapia descongestiva compleja (TDC), tiene por objetivo reducir el volumen de las extremidades, mejorar la condición de la piel y los tejidos, pero fundamentalmente, reducir la sintomatología provocada por

el linfedema. Dentro la TDC, se incluye la utilización del vendaje multicapa, ejercicios isotónicos, cuidado de la piel y en algunos casos las bombas de compresión neumáticas.

Hay evidencia científica abundante que demuestra que estas técnicas son efectivas para el manejo del dolor, mejora la capacidad funcional, contribuyen significativamente a aliviar los síntomas y las complicaciones relacionadas con la enfermedad terminal.

(3)

Pero cuando se trata de un paciente terminal, donde persiste la sintomatología, el sufrimiento físico, moral y espiritual, influyen poderosamente la actitud del paciente frente a la rehabilitación. En muchos casos complejo pedir colaboración y adherencia al tratamiento cuando se sufre un dolor intenso que se vuelve el centro de su vida, u otro síntoma no controlado. La depresión, un síntoma frecuente en la enfermedad terminal puede manifestarse como apatía, ira, confusión, falta de motivación, lo que indudablemente afecta la voluntad del paciente para participar en la terapia física y en general en el proceso de rehabilitación. Esto hace que sea fundamental propiciar una buena comunicación que permita hacerle saber al paciente que se reconocen sus necesidades y que se está haciendo lo mejor posible para solucionarlas. No debemos descuidar los factores psicosociales, que tienen un impacto negativo sobre una potencial rehabilitación. (4)

Las metas que se planteen en el tratamiento deben procurar ser realistas, personalmente relevantes, medibles y alcanzables, sin olvidar el hacer al paciente participe de las decisiones, además de los cuidadores y otros miembros del equipo interdisciplinar.

Estas situaciones propiciaron en mi un

proceso reflexivo acerca de las situaciones de naturaleza ética a las que frecuentemente nos enfrentamos con los pacientes terminales, acerca de la conveniencia de revelar el diagnóstico y el pronóstico, de utilizar determinados procedimientos y técnicas terapéuticas. El conocimiento de algunos principios éticos nos facilita el análisis y resolución de este tipo de dilemas en situaciones particulares. Dado que el paciente tiene el derecho a rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, lo que nos obliga a implementar solo las medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible (Principio de proporcionalidad terapéutica). De igual forma tenemos la responsabilidad de prever e Implementar las medidas necesarias para prevenir complicaciones y aconsejar de forma oportuna y clara a los pacientes o en determinado caso a los familiares, la mejor opción para evitar sufrimientos innecesarios al paciente (Principio de prevención)

El paciente terminal nos enfrenta a muchas situaciones de sufrimiento y muerte, frente a lo que puede surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadir y dejar de lado opciones terapéuticas, frente a la realidad del paciente terminal (Principio de no abandono). (5) Esto definitivamente nos debe cuestionar acerca de que tan comprometidos estamos con la calidad de vida del paciente o que hemos dejado de hacer a razón de que el paciente de todas formas va a fallecer. El equipo de cuidados paliativos y de rehabilitación tienen mucho que ofrecer para conseguir que los pacientes mantengan su funcionalidad, con un mínimo de dependencia y con bienestar, sea cual sea su expectativa de vida. (4)

Si bien el abordaje fisioterápico tiene un

gran potencial para apoyar a los pacientes en cuidado paliativo, es importante reconocer que sus necesidades clínicas individuales cambian constantemente, por lo que debemos proporcionar un tratamiento personalizado y humanizado, donde haya una comunicación constante de la triada paciente, familia, equipo interdisciplinario; pero por, sobre todo fundamentado en unos fuertes principios éticos. (3)

Referencias

1. Edu.ec. [cited 2024 Jun 11]. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/12284>
2. Clemens KE, Jaspers B, Klaschik E, Nieland P. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2010;40(11):1068–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyq093>
3. Edu.ec. [cited 2024 Jun 11]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11189>
4. A. y Carmen Mendinueta A. DWA. +LA REHABILITACION Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. Paliativossinfronteras.org. [cited 2024 Jun 11]. Available from: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/AstudilloWilson-Cuidados-paliativos-y-rehabilitacion_1.pdf
5. Taboada DP. 2. PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES EN MEDICINA PALIATIVA [Internet]. Paho.org. [cited 2024 Jun 11]. Available from: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/palliative-care-02.pdf>

EPÍLOGO

SENTIDO HOLÍSTICO Y CENTRAL DE LA REHABILITACIÓN PALIATIVA

Hablar de Cuidado Paliativo es hablar de un modelo de atención y acompañamiento sistemático e integral que debe ser brindado por parte de un equipo interdisciplinario que este entrenado en dicho abordaje, ya que se requiere de una formación científica y ética adecuada, con énfasis no sólo en el proceso médico, sino también en los factores psico-socio-culturales que rodean a todos aquellos sujetos de cuidado, que presentan patologías con criterios paliativos y a su familia.

En los últimos años, la necesidad del cambio de paradigma en cuanto a la atención de las enfermedades amenazantes para la vida, sobre todo en la cronicidad y fin de la misma, junto a los avances en los métodos de diagnóstico y tratamiento, han sido y son consecuentes, pero aun así, es necesario enfatizar en la importancia de brindar en todo el proceso de atención no sólo una asistencia humanizada, sino que además, es fundamental reflejar, visibilizar y concienciar el concepto, fundamentos y bases del cuándo, porqué, y donde brindar rehabilitación paliativa como parte de dicho proceso.

Cuando hablamos del sentido holístico y central de la rehabilitación, hablamos de una combinación de diferentes técnicas de intervención que persiguen mejorar considerablemente todas aquellas condiciones y aspectos de vida relevantes de ese sujeto de cuidado, respetando la autonomía existencial y su derecho de elección.

La rehabilitación paliativa consiste en un concepto complejo y multidimensional de la persona a tratar, junto a su red significativa. Un paciente con una enfermedad que amenaza su vida, comúnmente experimenta pérdidas, dificultades para atravesar el proceso de adaptación-adequación, declinación en sus rendimientos, habilidades, hábitos, autonomía

personal y vida ocupacional. De ahí la necesidad de derivar tempranamente a los servicios de rehabilitación. Decir tempranamente, es decir que la intervención rehabilitadora puede beneficiar al paciente desde el mismo momento del diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento activo y paliativo.

Contamos con investigaciones que dan sustento científico a que cuando los pacientes y sus familiares son derivados tempranamente a rehabilitación paliativa, demuestran mejoras en variables relacionadas con la calidad de vida y se verifica la persistencia de sus efectos a largo plazo tanto en el sujeto de cuidado, como a su red de contención.

Por lo general, los pacientes con criterio de inclusión paliativa, son proclives a experimentar cambios bruscos, repentinos y cambiantes en su salud y deterioro, por ello el tratamiento rehabilitador, irá enfocado a equilibrar y mantener la habilidad funcional, fortalezas, soporte emocional, capacidades, autonomía y calidad de vida óptima de la persona dentro de las posibilidades existentes en sus roles vitales, garantizando la seguridad e integridad del mismo.

Para ello, son necesarios el desarrollo de planes y métodos de intervención dirigidos de manera directa e individualizada, donde se incluyan actividades “con sentido”, que tengan una finalidad concreta, que sean actividades terapéuticas con objetivos realistas y realizables, estrategias que respondan a las necesidades, valores, creencias, deseos, preferencias de este sujeto de cuidado como a su red de contención.

Es de considerar además que, por la creciente complejidad del cuidado y para poder alcanzar los propósitos en estos abordajes, se requiere de una mirada integrada y menos fragmentada

del propio cuidado, por ello, nuestros objetivos deben ser dinámicos, coherentes, acordes al momento presente de la enfermedad y en la medida que los déficits funcionales se vayan instaurando.

En rehabilitación paliativa no se cuenta con recetas universales, ni principios de trabajo o de actuación que sean exclusivos para la rehabilitación de determinadas patologías sean estas oncológicas o no, sino que se trata de un plan y/o proceso personalizado y continuo de evaluación, en el que se debe proporcionar información actualizada, facilitando de esta manera, la toma de decisiones entre unidad de asistencia, equipo interdisciplinario y puntualmente al terapeuta rehabilitador a cargo (sea este desde el área de kinesiología o terapia ocupacional). Y desde este punto inicial, podremos guiar, aliviar, compensar, educar, gestionar recursos-herramientas, reforzar técnicas, reorganizar las intervenciones con empatía terapéutica, para poder variar y aplicar abordajes eficientes, continuos, efectivos, éticos, pero fundamentalmente humanos.

Como terapeutas rehabilitadores, debemos identificar nivel de autonomía, funcionalidad, limitaciones físicas, entre otras, pero además debemos contar con la capacidad reflexiva, analítica, flexible y orientar nuestro razonamiento clínico en la toma de decisiones, porque es el paciente quien marca la senda de nuestras intervenciones. Por ello, debemos elaborar "con" el enfermo los objetivos terapéuticos y ayudar al paciente a asumir el control de su propia vida y su propio tratamiento. Es fundamental considerar que el paciente es quien define su calidad de vida, es quien nos aporta el valor propio de la temporalidad, es quien da peso al significado y significante de una acción o una actividad, es

quien aporta sus estrategias de afrontamiento y/o adecuación-adaptación frente a su nueva realidad, y es además quien nos muestra como gestiona sus síntomas físicos y/o aquellos efectos secundarios de los tratamientos que se lleven a cabo, por eso decimos que la rehabilitación paliativa implica un reto y desafío complejo constante.

El conocimiento transcrito en estas páginas refleja que tanto la rehabilitación paliativa como los CP, persiguen los mismos objetivos. Ambos tienen el propósito de velar por la calidad de supervivencia, velar por la vida de los pacientes para que esta sea confortable y que la función e independencia puedan mantenerse el mayor tiempo posible cualquiera sea su expectativa de vida

Hablar de rehabilitación entonces es, hablar de habilitación, adecuación, transformación y redireccionamiento, porque todo tratamiento rehabilitador debe ser flexible, creativo, y adaptarse de manera continua a la situación médica del paciente en su cotidianeidad. La rehabilitación repercute a nivel físico, psicológico (cognitivo-emocional-conductual), sexual, social y espiritual. Lo que se pretende e intenta buscar y alcanzar es un equilibrio, transitarlo e ir reestructurando la cotidiana realidad para lograr el mayor bienestar y calidad de vida posible.

Es hora de transformar los sistemas de salud, para que estos sean eficientes, de calidad e inclusivos para todos, y en especial fortalecer los servicios y mejorar la formación del personal sanitario. Esta transformación requiere de un compromiso firme con una mirada multidimensional, con reflexión, innovación, y acción colectiva.

Andrea Elizabeth Poc.

Lic. en Terapia Ocupacional. Docente universitaria.
Miembro del Comité de Cuidados Paliativos de la
Asociación Médica Argentina.



CELEBRAMOS — NUESTRO — ANIVERSARIO **ASOCUPAC**



AÑO DE PUBLICACIÓN: 2024

ASOCUPAC-Asociación
Cuidados Paliativos
de Colombia

- © Tel (57) 3188032940
- f Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC
- ▶ Pali- Activos
- 🐦 AASOCUPAC

<https://asocupac.org/>
mfranco@asocupac.org
Cali- Colombia, Sur América