

la presencia de demencia. Esta es la razón por la que los pacientes con demencia no deben ser excluidos de la rehabilitación, ya que se benefician de una valoración multidisciplinar geriátrica⁸ y porque el único tratamiento necesario de la FF no es el tratamiento de la propia fractura sino el de todos los aspectos que intervienen en su recuperación. En este sentido sería interesante incorporar variables como la desnutrición, medida mediante la escala del *Mini Nutritional Assesment*, y la polifarmacia, haciendo especial hincapié en los psicofármacos, aspectos que no se valoraron en el estudio de Guil Sánchez J¹.

En cuanto a la evaluación de los resultados de la rehabilitación de la FF en pacientes con demencia, los más usados actualmente son los reflejados en el estudio: ganancia funcional, índice de Montebello, porcentaje de alta, de mortalidad y de institucionalización y la recuperación de la independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) y de la capacidad de deambulación. Se han valorado otros indicadores: Bazzán JJ et al.² evaluó la movilidad tras la rehabilitación por medio de la Escala Física de la Cruz Roja; Robles Raya MJ et al.⁹ encontró una correlación significativa entre el índice de Wallace y la capacidad funcional evaluada mediante el índice de Barthel, pero no para la estancia media ni el destino al alta; Vilarmau M et al.¹⁰ propuso la utilización del índice de Tinetti como indicador de calidad y efectividad de la rehabilitación de la FF en el anciano, y aunque el MEC promedio de los pacientes del estudio fue 22,75, la presencia del diagnóstico de demencia era excluyente, por lo que no sería extrapolable a pacientes con demencia. Finalmente, se pueden barajar otras escalas validadas como la *Probability Home Discharge*, que establece la probabilidad de que un paciente sea dado de alta a domicilio.

Como en todo, no podemos olvidar que el mejor tratamiento es el preventivo, y en esa línea, Formiga F et al.¹¹ propuso que si realmente queremos disminuir de una forma notable la mortalidad de la FF, deberíamos disminuir las caídas, esto apoyado en el correcto manejo de la osteoporosis, ya que el tratamiento con bifosfonatos y la prevención de las caídas tienen un efecto preventivo sobre las fracturas de cadera.

Una vez repasada la evidencia al respecto, no debemos olvidar que los objetivos principales de la rehabilitación en FF son disminuir la mortalidad, conseguir la recuperación de la capacidad de deambulación y de la independencia para la realización de las AVD. Las graves secuelas sobre el pronóstico y la calidad de vida poste-

rior junto a la necesidad de consumir recursos sanitarios y sociales, hace más necesaria la individualización de la detección y selección de los pacientes para optimizar recursos. Esta es una línea de trabajo, y prueba del interés que suscita este tema es el artículo que precede a esta réplica.

Bibliografía

1. Guil Sánchez J. Influencia de la demencia en la recuperación funcional de la fractura de fémur en la población anciana. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:85-6.
2. Bazzán JJ, Fernández-Alonso M, Aguado R, Socorro A. Resultado al año de la rehabilitación tras la fractura de cadera de fémur proximal en mayores de 84 años. An Med Interna. 2004;21:433-40.
3. Belmonte Martínez R, Muniesa Portolés JM, Duarte Oller E, Orient López F, Escalada Recto F. Nivel funcional tras ingreso en rehabilitación en 552 pacientes con fractura de cadera. Rehabilitación (Madr). 1998;32:149-56.
4. Brossa Torruella A, Tobías Ferrer J, Zorrilla Ribeiro J, López Borras E, Alabart Teixidó A, Belmonte Garrido M. Mortalidad a los 3 años de los pacientes con fractura de fémur. Med Clin (Barc). 2005;124:53-4.
5. Goldstein FC, Strasser DC, Woodard JL, Roberts VJ. Functional outcome of cognitive impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit. J Am Geriatr Soc. 1997;45:35-42.
6. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patient with dementia. BMJ. 2000;321:1107-11.
7. Halbert J, Crotty M, Whitehead C, Cameron I, Kurille S, Graham S, et al. Multi-disciplinary rehabilitation after hip fracture is associated with improved outcome: a systematic review. J Rehabil Med. 2007;39:507-12.
8. Stanwell M, Berggren M, Lundström M, Gustafson Y, Olofsson B. A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia. Arch Gerontol Geriatr. 2012;54:284-9.
9. Robles Raya MJ, Muniesa Portolés JM, Miralles Basseda R, Belmonte Martínez R, Duarte Oller E, Escalada Recto F. Utilidad del índice de Wallace modificado en el pronóstico de pacientes ancianos con fractura de fémur. Rehabilitación (Madr). 1998;32:301-5.
10. Vilarmau M, Nogueras A, Huguet J, Bell X. La fractura de fémur en el anciano: utilidad del índice de Tinetti como indicador en la rehabilitación física. Med Clin (Barc). 2001;116:677.
11. Formiga F, Pujol R. Mortalidad por fractura de fémur: analizando las causas de un viejo problema. Med Clin (Barc). 2005;124:55-6.

Josep Guil Sánchez

Departamento médico, Centre Socio-Sanitari Casal de Curació, Vilassar de Mar, Barcelona, España

Correo electrónico: josep.guil@curacio.e.telefonica.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.06.005>

Discriminación diagnóstica y terapéutica en ancianos

Diagnostic and therapeutic discrimination in the elderly

Sr. Editor:

La toma de decisiones clínicas se basa en un razonamiento práctico acerca de pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas, por lo que se puede orientar a 3 elementos: proporcionalidad de la intervención, responsabilidad médica sobre el conjunto de ese proceso y el de los fines u objetivos que se persiguen. La clínica es la actividad realizada ante la cama del enfermo, siempre es una actividad concreta, individual. Es posible en clínica que 2 profesionales sabios y experimentados, deliberando sobre un mismo caso lleguen a decisiones distintas. Esto es lo propio del razonamiento prudente, que admite más de una solución¹.

La Valoración Geriátrica Integral al integrar aspectos cognitivos, funcionales, sociales y también clínicos es una herramienta de primer orden que ayudará a hacer más adecuadas nuestras decisiones en los ancianos, desde la vista de la clínica, la eficiencia y la ética². Un adecuado uso de los elementos considerados, es

básico para evitar la discriminación por la edad³. Para la actuación autónoma, los pacientes deben recibir la información que precisan de forma asequible. La capacidad de autodeterminación madura durante la vida del individuo y se modifica debido a la enfermedad, perturbación mental o circunstancias severamente restrictivas de la libertad⁴. Mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente para la toma de decisiones sanitarias. Hablamos siempre de «capacidad para» siempre relacionada con una actividad y un momento concreto⁵. Respetar la autonomía del paciente supone, por una parte hacerle partícipe de su enfermedad, creer en lo que nos manifiesta y diseñar con él el plan diagnóstico-terapéutico, en la medida que este es competente. La beneficencia nos exige buscar el bien para el paciente, y a ofrecer el mejor tratamiento disponible adecuado a la situación del enfermo. El principio de no maleficencia nos obliga a evitar los daños, y a minimizar los riesgos de una intervención. La ignorancia, falta de pericia o formación atenta contra una asistencia correcta y en condición de decisiones equivocadas. Cada acción debe conllevar una valoración previa de beneficio-riesgo y el análisis de efectos secundarios que permita la mejor adecuación clínica. Todos los pacientes tienen el

mismo derecho a recibir la atención adecuada, con independencia del clínico o institución que los atienda, para obrar en justicia¹. Pero de ordinario, las situaciones clínicas límite, como la atención a los pacientes muy ancianos⁶ requieren intervenciones médicas cuya utilidad puede ser objeto de controversia: aparece el concepto de futilidad o «inutilidad de un procedimiento»: su utilidad es muy escasa, la probabilidad de conseguir su efecto es remota, el paciente estima que no le producirá ningún beneficio o, simplemente, su excesivo coste comparado con la ínfima probabilidad de que alcance el efecto deseado desaconseja su empleo. Por ello, es necesario justificar mediante datos empíricos y elementos valorables la utilidad o futilidad de los procedimientos médicos. Como en todo juicio moral, pueden darse distintas opiniones a la hora de valorar derechos, obligaciones, principios, virtudes o valoraciones; por este motivo puede existir una discrepancia legítima a la hora de determinar acerca de la utilidad o futilidad de un tratamiento concreto en un paciente determinado⁴. La adecuación de los tratamientos es siempre compleja. Un trato digno no solo implica una atención humana, sino también ayudar a asumir humanamente la vida: vivir en medio de la enfermedad una verdadera existencia humana⁷, sin que la edad sea una condición por si sola excluyente.

Bibliografía

1. Gamboa F. ¿Qué nos aporta la ética en el trabajo diario? Emergencias. En prensa 2012.
2. Ellis G. Older people in hospital: the benefits of doing the right thing and the consequences of not choosing to the right thing. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:91-2.
3. García Alhambra MA. Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:3-4.
4. Gamboa F. Limitación de esfuerzo terapéutico ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciararlo? Med Clin. 2010;135:410-6.
5. Llovet Haya JM. La competencia mental: concepto y evaluación. Revista Selecciones de Bioética. 2003;4:28-40.
6. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:15-8.
7. Rodríguez PA. Fundamentación ética de la atención los pacientes con VIH-SIDA. Bioética. 2006;1:22-5.

Fernando Miguel Gamboa Antiñolo

Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario de Valme, Servicio de Medicina Interna, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Correo electrónico: minfga@us.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.06.002>