

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Editor:

Ante todo queremos agradecer a Fort et al.¹, sus comentarios a nuestro artículo. Nos gustaría aclarar que el proyecto PALIAR^{2,3} tuvo como objetivo principal crear un índice pronóstico que nos ayudara a identificar qué pacientes tenían más probabilidades de estar en la trayectoria de final de vida (mortalidad esperada a los 6 meses), en una muestra multicéntrica de pacientes con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta la poca precisión encontrada en otras escalas ya conocidas. Se incluyeron, por tanto, pacientes con enfermedades médicas avanzadas pero no solo aquéllos en los estadios finales. Así, la cohorte incorporó pacientes con insuficiencia cardíaca con grados III-IV de disnea de la NYHA, con insuficiencia respiratoria y grados III-V de la MRC, con insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina <30 ml/m, con hepatopatía crónica y puntuación Child-Pugh >7, y deterioro neurológico con las premisas que expresamos en nuestro artículo y que no coinciden con los últimos estadios reflejados en varias escalas. La razón de esta aproximación, como hemos comentado, era el propio objetivo principal del estudio.

Estamos completamente de acuerdo con Fort et al.¹, en la importancia de otros factores y comorbilidades a la hora de establecer el pronóstico en poblaciones con enfermedades crónicas. De hecho, el 70% de los pacientes de la cohorte cumplían criterios de pluripatología⁴, el 30% reunieron 2 o más criterios de inclusión, el número medio de otras comorbilidades se situó por encima de 4 por paciente, la puntuación mediana en el índice de Charlson fue de 3, y casi el 80% precisaba de una persona cuidadora⁵. Más concretamente, entre los 814 pacientes incluidos por enfermedades crónicas neurológicas avanzadas, un 67% reunía criterios de pluripatología presentando una carga media de 7 comorbilidades por paciente y una puntuación media en el índice de Charlson de 3,6 puntos. Por ello, totalmente de acuerdo en que la valoración del deterioro cognitivo mediante los instrumentos que nosotros hemos utilizado (que incluían a pacientes con deterioro catalogado estrictamente como «moderado») es tan solo un factor que no debe aislarse de otros muchos que los autores nos refieren en su escrito; del mismo modo que seremos poco precisos en el establecimiento del pronóstico vital de una enfermedad en un determinado estadio evolutivo si no consideramos otras comorbilidades del paciente y su entorno. Así por ejemplo, algunas de las variables con valor pronóstico en el índice PALIAR a cuya lectura remitimos³, incluye la desnutrición y las úlceras por presión, como factores independientes de mortalidad.

Por último, compartimos la reflexión de Fort et al.¹, sobre la incorporación de los cuidados de soporte y su filosofía, de los que claramente se benefician los pacientes no solo en los estadios más avanzados de sus enfermedades crónicas. En nuestra opinión no sería razonable un modelo de asistencia a las enfermedades

crónicas «rupturista» en el cual se delimitara claramente una fase de tratamiento etiopatogénico diferenciada de una fase de cuidados paliativos. La tendencia actual que creemos es la más coherente sería la de integrar los cuidados de soporte precoz, conjuntamente con el tratamiento etiopatogénico, de manera que la transición del abordaje terapéutico integral que se le ofrezca al paciente (pendulando desde un protagonismo del abordaje etiopatogénico, pero con el apoyo del tratamiento de soporte en las fases menos evolucionadas hacia el protagonismo del abordaje paliativo en la trayectoria de final de vida), camine en un formato sincrónico y natural con el curso evolutivo de las enfermedades crónicas.

Bibliografía

1. Fort I, Robles MJ, Rodríguez D. Dificultad en definir demencia avanzada e importancia de utilizar los criterios más adecuados para la toma de decisiones relacionadas con la prescripción farmacológica. Doi: 10.1016/j.regg.2014.04.005.
2. Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, et al., Proyecto PALIAR. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45:203–12.
3. Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, et al., PALIAR Researchers. Development of a six-month prognostic index in patients with advanced chronic medical conditions: The PALIAR score. J Pain Symptom Manage. 2014;47:551–65.
4. Ollero-Baturone M, Álvarez M, Barón B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernández-Moyano A, et al.; Care of polypathological patients Integrated Clinical Process, second ed. Sevilla: Public Health Direction of Andalusian Autonomous Government, 2007. [consultado 10 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/procesos.asp?idp=5>
5. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Mendoza-Giraldo D, Sanz-Baena S, Galindo-Ocaña FJ, on behalf of PALIAR Project Investigators. Caregivers' features and social support in patients with advanced medical diseases. Eur J Intern Med. 2013;24:72–3.

Nieves Ramírez-Duque^{a,*}, Carla Rivas-Cobas^a,
Máximo Bernabeu-Wittel^a, Alberto Ruiz-Cantero^b,
José Murcia-Zaragoza^c, Miguel Oliver^d y Jesús Díez-Manglano^e,
en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Serranía, Málaga, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sanlúcar de Barrameda, Sanlúcar de Barrameda, Cádiz, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nievesramirezduque@yahoo.es
(N. Ramírez-Duque).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.05.005>