



28 <sup>1</sup>César Raúl Rodríguez Martín

<sup>2</sup>Remedios López Liria

<sup>3</sup>Rubén Cela Pérez Rodríguez

<sup>1</sup>Fisioterapeuta. Residencia Comarcal de Personas Mayores S. L. Vélez-Rubio, Almería.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta. Psicóloga. Universidad de Almería.

<sup>3</sup>Terapeuta Ocupacional.

#### Correspondencia:

César Raúl Rodríguez Martín

C/ Federico García Lorca 6. 04850-Cantoria (Almería)

Tfno.: 657 20 92 91

Fax: 950 43 66 53

E-mail: crm\_9@hotmail.com

#### RESUMEN

En aquellas circunstancias en las que una persona está llegando al final de su vida, el objetivo del fisioterapeuta es, por un lado, retrasar el deterioro físico de las funciones del sistema músculo-esquelético y nervioso y, por otro, a través del ejercicio, transmitir un deseo de vida y curación en el paciente, que le aportará un mejor estado de ánimo y bienestar.

Se ha llevado a cabo un programa de fisioterapia con pacientes terminales en la Residencia Comarcal de Personas Mayores de Vélez-Rubio (Almería), obteniendo grandes beneficios, tanto desde el punto de vista físico como desde el psicológico. De ahí el deseo de destacar la importancia de este profesional que acompaña al enfermo al final de su vida con una caricia.

#### PALABRAS CLAVE

Fisioterapia, enfermo terminal, calidad de vida.

#### INTRODUCCIÓN

Las necesidades físicas de la persona moribunda son similares a las necesidades de cualquier paciente gravemente enfermo. A menos que la muerte se presente de forma repentina, es común que exista un fallo progresivo de los sistemas orgánicos y de los instintos, a medida que el paciente se debilita (3, 6, 13, 17, 18, 20-24).

Pueden ocurrir los siguientes cambios:

1. Pérdida de tono muscular.
2. Detención progresiva de la peristasis.
3. Disminución de la circulación.
4. Respiraciones difíciles.
5. Pérdida de los sentidos.

La *pérdida del tono muscular* suele manifestarse por incapacidad del paciente para controlar la defecación y la micción. Los esfínteres del recto y la vejiga se relajan y, como consecuencia, hay defecaciones y micciones involun-

Una esperanza en el final de la vida 128

#### *A hope in the end of the life*

Este trabajo se ha realizado en la Residencia Comarcal de Personas Mayores S. L. Vélez-Rubio (Almería).

#### SUMMARY

*In those circumstances in which a person is coming at the end of his life, the target of the physiotherapist is of skeletal and nervous muscle delays the physical deterioration of the functions of the system and on the other hand, across the exercise, to transmit a desire of life and healing in the patient, who will contribute a better frame of mind and well-being.*

*We have carried out a program of physical therapy with terminal patients in the Residencia Comarcal de Personas Mayores, Vélez-Rubio (Almería), obtaining big benefits both from the physical point of view and from the psychological one and hence emphasizing the importance of this professional, who accompanies the patient at the end of his life on a caress.*

#### KEY WORDS

*Physical therapy, incurable patient, quality of life.*

tarias. Micción y defecación involuntarias predisponen al paciente a las úlceras de decúbito.

Por la pérdida progresiva del tono muscular, el paciente moribundo encuentra cada vez más difícil conservar su posición en la cama sin apoyo. Si el paciente no ha perdido el conocimiento, suele estar indicada la posición de Fowler para aumentar la profundidad de las respiraciones. Si ha perdido el conocimiento, la posición semiprona fomenta el drenaje de moco desde la boca, con medidas de apoyo como almohadas para mantenerla.

Si es posible, se debe evitar que existan partes del organismo en posición pendiente, para evitar que la sangre se acumule.

La incapacidad para deglutir (disfagia) es también característica de la pérdida del tono muscular en el paciente moribundo. El moco tiende a acumularse en la garganta de paciente y, como resultado, el aire que pasa por ella produce un sonido característico, "el estertor de la muerte".



- 129 La aspiración de la garganta suele ayudar a que se conserven limpias las vías respiratorias.

Hay *disminución progresiva de la perístasis* del tubo digestivo en el paciente moribundo. Su apetito suele ser mínimo, pero querrá sorbos frecuentes de agua.

Conforme disminuye la circulación sanguínea, las extremidades del paciente se vuelven cianóticas o moteadas y se sienten frías al tacto, aunque el paciente quizás perciba calor y su temperatura esté por encima de lo normal.

La dificultad respiratoria se alivia con aspiración de garganta, cambio de posición (posición de Fowler) y administración de oxígeno.

Hay también *alteraciones de los sentidos* del paciente moribundo. Su visión se hace borrosa y, como consecuencia, el paciente prefiere un cuarto bien iluminado, en lugar de la habitación oscura que nos viene a la mente con tanta frecuencia.

Se considera que la audición es el último sentido que pierde el organismo; de ahí que el paciente que no puede responder verbalmente, suele comprender lo que la gente le dice. Cuando la gente hable a una persona moribunda, debe tener cuidado de hacerlo con claridad y voz normal. Hay que evitar los susurros, porque pueden confundir al paciente y hacerle pensar que la gente está hablando y él no puede comprender lo que dicen.

Hay diversos grados de conocimiento que preceden a la muerte; la somnolencia es un estado en el que el paciente parece querer dormir. El estupor es un estado de pérdida del conocimiento del que se puede salir y el coma es un estado de pérdida del que no podemos salir.

El paciente puede conservar todas sus facultades mentales aún hasta el momento de su muerte o estar confuso varios días o incluso semanas antes de morir.

Algunos pacientes experimentan dolor mientras están graves. En general, en estos casos, el médico ordena un analgésico para evitar el dolor.

Siempre se plantea el tratamiento de todos estos déficits físicos, tanto por parte del fisioterapeuta como de otros profesionales, pero rara es la vez que hacemos especial hincapié en los efectos psicológicos o psicósomáticos que estas técnicas de tratamiento pueden tener en el paciente que está muriendo (1, 2, 4, 5, 12, 14).

## OBJETIVOS

El principal objetivo es conseguir la mejor calidad en la última etapa de la vida de los enfermos terminales (3, 6, 12, 16, 17, 19, 20-23).

Los principales componentes que inciden sobre la calidad de vida son:

- El control de los síntomas (especialmente del dolor).
- La mejoría de la situación funcional y tener en cuenta la tendencia a la incapacidad que ejercen las enfermedades en el enfermo terminal.
- La mejoría de la situación afectiva y del estado anímico del paciente.
- Los cuidados al entorno social (familia, cuidadores).

Un segundo objetivo, secundario quizás pero no menos importante, son los efectos que, a través de la interrelación fisioterapeuta-paciente usando las diferentes técnicas, se obtienen en el aspecto psicológico del paciente e incluso psicósomático, ya que una relación agradable, basada en la confianza, puede hacer que mejoren los diferentes déficits físicos que se van produciendo (1, 2, 4, 5, 11, 13).

## MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo parte de la revisión de diferente bibliografía, en formato papel y a través de bases de datos de Internet, acerca del tratamiento con fisioterapia del deterioro físico del enfermo terminal (7, 9, 10, 11, 15, 16, 19).

Aparte de esta información, este trabajo ha contado con la experiencia del trabajo realizado por fisioterapeutas y otros profesionales sanitarios con pacientes que se encontraban al final de su vida en la Residencia Comarcal de Personas Mayores de Vélez-Rubio (Almería).

Se ha llevado a cabo un programa de fisioterapia con aquellos pacientes que, bajo criterios médicos, estaban en el final de su vida (iniciando el proceso de la muerte), 60 pacientes en el período establecido entre junio de 2001 y junio de 2007, realizando las siguientes técnicas de fisioterapia (8, 25).

### Reeducación de la marcha

Junto con la movilidad activa, es una de las capacidades que primero se deterioran en aquellos pacientes que inician la fase final de su vida. La disminución de la masa y de la fuerza muscular, la rigidez articular y la pérdida de los estímulos sensoriales dificultan la marcha autónoma, por lo que el fisioterapeuta debe estar presente para evitar o retrasar la pérdida de esta función que otorga al paciente tanta independencia.

La reeducación de la marcha se realiza de forma progresiva de manera que, inicialmente, la ayuda de un bastón suplirá los déficits funcionales del paciente y, más tarde, será necesaria la ayuda de muletas y andadores hasta que el paciente necesite desplazarse en una silla de ruedas (Fig. 1).

El fisioterapeuta, bajo la indicación del médico, evaluará la ayuda más idónea para cada paciente y reeducará la marcha del mismo para devolverle la autonomía que estaba perdiendo.

### Masoterapia

Maniobras como los rozamientos superficiales, el drenaje linfático y el *clapping* producen en el paciente un estado de relajación que alivia el dolor, mejora la circulación sanguínea y ayuda a que el paciente expulse el moco.

Hemos aplicado las diferentes maniobras de forma suave y sin causar dolor, ya que la sensibilidad del enfermo terminal es mayor (Fig. 2).

### Drenaje bronquial

En aquellos pacientes que cursen con aumento de las secreciones bronquiales, con dificultad para su expulsión,



Fig. 1. Reeducción de la marcha.

hemos optado por usar las diferentes posiciones de drenaje bronquial para facilitar la movilidad del moco y su expulsión, mejorando inmediatamente la capacidad respiratoria del enfermo y su estado de bienestar general.

#### Cinesiterapia pasiva, activa y activa-asistida

A través de movilizaciones de las diferentes articulaciones y de la musculatura, ajustamos el estado funcional del paciente a la demanda de ejercicio solicitada, siendo éste activo en las fases iniciales, activo-asistido cuando la persona ha necesitado nuestra ayuda para llevar el gesto a cabo y pasivo en la fase final, en la que no se puede conseguir actividad muscular voluntaria y la cinesiterapia tiene que realizarla el fisioterapeuta (Fig. 3).

#### Relajación progresiva de Jacobson

La técnica empleada para el tipo de personas con las que se va a aplicar esta terapia es una versión simplificada del método original, si bien se mantiene la idea fundamental de que la unión mente-cuerpo es tan estrecha que, relajando una de las unidades de este binomio, se consigue la relajación de la otra.

Es el más fisiológico de los métodos de relajación y, a través de contracciones y relajaciones musculares, se alcanza la relajación psíquica.

Para simplificar el método original, en el que se trabajan analíticamente diferentes contracciones para cada articulación de distal a proximal, las contracciones más efectivas con pacientes terminales son las globales.

El método que mejor resultado nos ha dado consiste en 4 tipos de contracciones (para miembros superiores, cuello y cara, tronco y miembros inferiores) en 3 series de contracción-relajación. Así, se pedirá la contracción glo-



Fig. 2. Masoterapia y drenaje linfático.

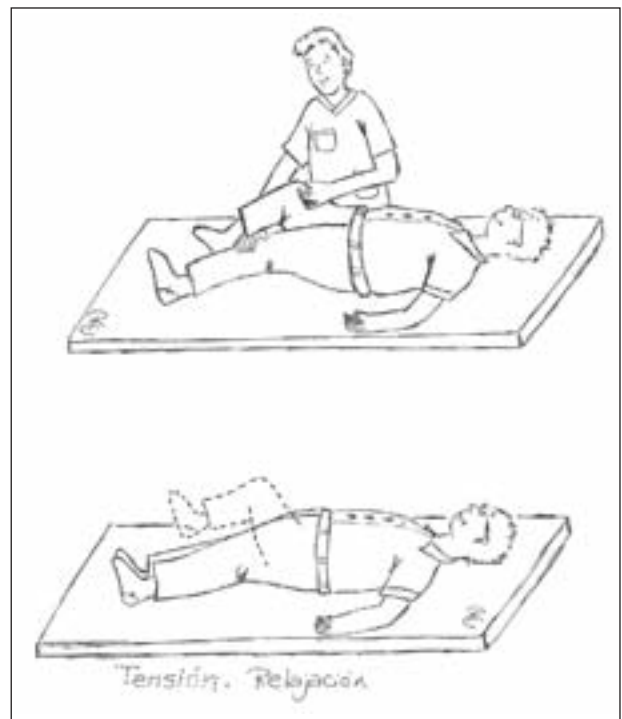


Fig. 3. Cinesiterapia general y técnica de relajación de Jacobson.

bal, se mantendrá la tensión muscular durante 10 segundos para luego relajar otros 10 segundos, antes de repetir nuevamente el proceso otras 2 veces más.

- Se empezará por los miembros superiores conjuntamente, contrayendo los músculos de tal manera que se alcance la siguiente posición: manos cerradas, flexión palmar de muñeca, supinación de antebrazo, flexión de codo y aducción de hombro.

- A continuación, se pasará a la cara. Para ello, se pedirá al paciente que la arrugue lo máximo posible a la vez



131 que contrae el cuello ayudado por la elevación de hombros. Si le resulta complicado, se le puede decir que se imagine la cara que pondría chupando un limón, no queriendo comer algo que le desagrada.

- Para el tronco, el movimiento consistirá, fundamentalmente, en una contracción fuerte de los músculos abdominales. Si el paciente presenta un cuadro clínico que incluya incontinencia urinaria de esfuerzo, es preferible obviar este paso y pasar directamente a los miembros inferiores.

- Por último, pasamos a contraer los miembros inferiores. Es conveniente trabajarlos por separado, a no ser que la actividad se realice en posición decúbito supino. La contracción global consistirá en una flexión dorsal del pie con ligera supinación (levantando el borde interno del pie), flexión de rodilla y flexión de cadera.

Otros aspectos a tener en cuenta para alcanzar un grado óptimo de relajación es utilizar una voz suave y tranquila para dar las órdenes, procurar un ambiente agradable (no mucha iluminación, temperatura adecuada, libre de ruidos) y mantener una postura cómoda dentro de las posibilidades que nos brinde el espacio donde se realice la actividad o la patología del paciente.

#### Estimulación sensorio-motriz

Esta actividad es fundamental para personas con un nivel de conciencia bajo (alto grado de demencia, coma). Para llevar a cabo esta técnica, se trabajará cada uno de los sentidos, y aunque aquí se exponga de manera analítica para cada uno de ellos, puede llevarse a cabo, por ejemplo, la estimulación táctil a la vez que se estimula la audición con un sonido de fondo y la vista con una iluminación fuerte.

- *Oído.* Es el último sentido del que se pierde la conciencia, con lo cual es importante evitar ruidos molestos, voces altas... y procurar un ambiente sonoro que invite a la relajación, sonidos familiares, hablar de forma tranquila, etc.

- *Vista.* Aún cuando la persona está en fase terminal y no abre los párpados, la retina es sensible a los cambios de luz, con lo que es importante mantener a lo largo del día distintos niveles de iluminación. Se puede trabajar más concienzudamente la estimulación visual presentando al paciente luces potentes de diferentes colores (puede ser, por ejemplo, mediante una linterna a la que se le pone papel celofán de colores en el foco).

- *Tacto.* Es uno de los sentidos más importantes a la hora de recibir estimulación. Muchos autores defienden que la única vía de comunicación con personas que presentan un alto grado de demencia o de coma es la emocional. El tacto es, quizás, el sentido que mejor transmite estas emociones: qué mejor manera de expresar nuestro afecto a quienes nos rodean que con una caricia, un beso o un abrazo.

Además, se puede llevar a cabo una estimulación táctil más sistemática que incluya el roce en diferentes partes

del cuerpo con materiales de distintas texturas, observando las reacciones que producen dichas texturas con el fin de buscar las aparentemente más satisfactorias.

- *Gusto.* A la hora de estimular este sentido, es importante seleccionar sustancias con un sabor intenso, puesto que en los ancianos el deterioro generalizado engloba también las papilas gustativas, siendo la lengua menos sensible a los cambios de sabor. También, hay que tener en cuenta las áreas de la lengua en las que se localiza cada sabor. Así, si se le da un poco de sacarina, se deberá poner en la punta de la lengua, mientras que los sabores agrios o amargos (por ejemplo, unas gotas de cítrico, como limón solo o diluido) se notan en la parte más interna de la lengua.

- *Olfato.* Para trabajar el olfato es importante tener en cuenta que este sentido es más sensible que el del gusto a la potencia del estímulo pero no al tiempo de exposición. Un tiempo de exposición elevado hace que se pierda sensibilidad al olor, aunque sea potente. Por ello, es recomendable cambiar cada poco espacio de tiempo el estímulo olfativo presentado. Para trabajar el importantísimo componente emocional de los olores es interesante usar olores agradables y familiares para la persona, como comidas que le gustan, perfumes familiares, flores, etc. (Fig. 4).

En cuanto al nivel motriz, se perseguirá la estimulación de la propiocepción, que se logra llevando a cabo diversas movilizaciones (como las descritas anteriormente en el apartado de cinesiterapia). Son interesantes los movimientos de cuello ya que, al cambiar la posición de la cabeza en el espacio, se estimula el sentido del equilibrio, localizado en el laberinto del oído interno.

El tratamiento se ha realizado en lugares diversos tales como:

- Zonas comunes del centro (salones, pasillos).
- Habitación (cama)
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Zonas exteriores (parque, jardín).

Posteriormente, se ha ido registrando, mediante una evolución individualizada, cada uno de los síntomas en relación al tratamiento de fisioterapia, tanto a corto como a largo plazo. Se diseñó para ello una hoja de registro mediante la que se valoraba al paciente al comienzo del tratamiento y se han ido anotando todos los cambios producidos, tanto a nivel físico como a nivel psicológico y conductual. El seguimiento se ha realizado mediante una valoración inicial, una segunda valoración a la semana de puesto en funcionamiento el programa atendiendo a la aceptación o no del paciente sobre el mismo, y sucesivamente, anotando los diferentes cambios cada semana) (Fig. 5).

El perfil utilizado para esta valoración ha sido el de aquel paciente que, según valoración y diagnóstico médico, no gozaba de una esperanza de vida larga y cuyo estado físico comenzaba un notable empeoramiento.



Fig. 4. Estimulación sensorio-motriz.

HOJA DE REGISTRO DE FISIOTERAPIA (Evaluación inicial y seguimiento semanal)		
Nombre del paciente:		
Fecha:		
	M.S. DERECHO	M.S. IZQUIERDO
MOVILIDAD		
TONO MUSCULAR		
FUERZA		
COORDINACIÓN		
DOLOR		
	M.S. DERECHO	M.S. IZQUIERDO
MOVILIDAD		
TONO MUSCULAR		
FUERZA		
COORDINACIÓN		
DOLOR		
	CEFALICA	LUMBAR
MOVILIDAD		
TONO MUSCULAR		
FUERZA		
COORDINACIÓN		
EQUILIBRIO		
DOLOR		
RELACION CON EL ENTORNO		
SENTIDOS		
DEFECACIÓN/MICCIÓN		
CIRCULACIÓN		
SUEÑO		
OTROS		

Fig. 5. Hoja de registro de fisioterapia (valoración inicial y seguimiento semanal).

Como requisito principal, hemos utilizado el de descartar a aquellos pacientes que han comenzado esta fase con un grado importante de deterioro cognitivo (demencia senil, enfermedad de Alzheimer), aunque al final de sus días apareciera como resultado del deterioro progresivo.

La razón ha sido la de conseguir una mejor valoración a través de la entrevista y de la observación del paciente en su entorno más inmediato.

Para salvaguardar la intimidad de los pacientes en todo momento, se ha mantenido el anonimato tanto del nombre de los mismos como de su diagnóstico médico, centrando el trabajo en los beneficios obtenidos tras el tratamiento de fisioterapia, partiendo de un estado particular de salud que se supone corresponde al inicio del final de la vida según criterios médicos.

No se ha empleado grupo control para validar estos datos, sino que hemos usado aquellas experiencias que nos ha proporcionado cada paciente, añadiendo un punto de vista cuantitativo a un estudio cualitativo acerca de los beneficios obtenidos física y psicológicamente tras recibir un tratamiento de fisioterapia.

Se ha informado del procedimiento que se iba a seguir tanto a los pacientes como a los familiares, obteniendo un total consentimiento y colaboración por parte de los mismos.

**RESULTADOS (Figs. 6 y 7)**

El promedio de sesiones realizadas ha sido de 9, con un rango entre 1-68.

La conducta del paciente en relación con su entorno ha mejorado, mostrando un mejor estado de ánimo que se hacía evidente a la hora de desempeñar cualquier actividad y en la interacción diaria con sus compañeros, familiares y trabajadores.

Aparte de retrasar el deterioro físico, como la rigidez articular, la pérdida de fuerza muscular y de capacidades funcionales como la deambulación o la movilidad activa, se han mejorado otras funciones físicas como la deglución, la digestión, la micción, la defecación, los sentidos, el sueño, etc.

En primer lugar, se han destacado los resultados a corto plazo del tratamiento de la fisioterapia, como son el bienestar físico y psicológico, el aumento de la empatía del paciente, el incremento en las horas de sueño del mismo, la disminución de los dolores, etc. En segundo lugar y más a largo plazo, se ha destacado la mejoría en la funcionalidad motora del enfermo, el aumento en las secreciones de moco, la disminución del edema en los miembros inferiores, la mejoría en la micción y defecación, así como en la deglución y un funcionamiento más prolongado de los sentidos en su relación con la gente y el entorno.

**DISCUSIÓN**

El resultado del final de la vida trae consigo la muerte, ya esperada de antemano, que frustra, por un lado, al fisioterapeuta, que ve con ésta una interrupción brusca en los beneficios obtenidos por su tratamiento y, por otro lado, una gran satisfacción al pensar que, gracias a la fisioterapia, se ha aligerado la carga tan pesada que llevaba consigo el paciente moribundo.

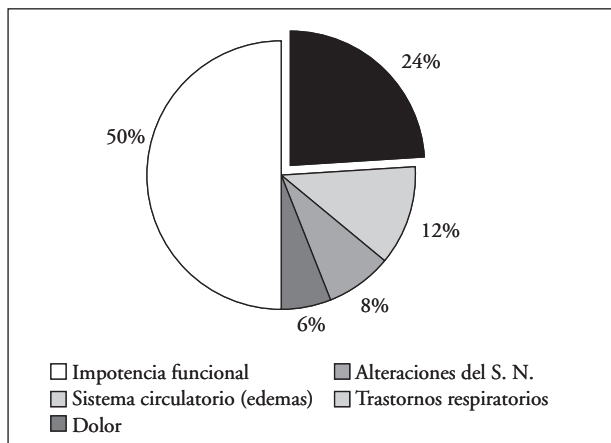


Fig. 6. Proporción de demandas tratadas.

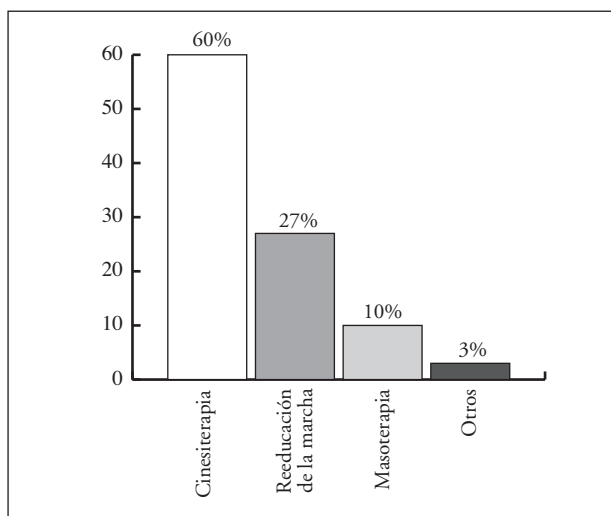


Fig. 7. Terapias más usadas.

No se ha podido hacer este seguimiento con todos los pacientes, ya que no queda exenta la aparición de complicaciones, como es un empeoramiento agudo del pa-

ciente que contraindique las diferentes técnicas fisioterapéuticas, su muerte inesperada o el cambio de residencia del mismo perdiendo, lógicamente, el control de este seguimiento.

Como era de esperar, el tratamiento de fisioterapia en aquellos enfermos moribundos no es tan beneficioso porque resuelva un problema físico en concreto, sino por la ayuda psicológica que transmite al paciente el llevar a cabo una rutina diaria de tratamiento.

Se ha creído conveniente hacer uso de figuras ilustrativas acerca de los tratamientos empleados y evitar así el uso de fotografías que pudieran invadir en cierto modo la intimidad de los pacientes que han colaborado en el estudio.

## CONCLUSIONES

La figura del fisioterapeuta se muestra como un profesional que, por un lado, ayuda al enfermo terminal a paliar los síntomas físicos de su estado de salud y, por otro, ayuda psicológicamente al paciente como persona, dándole el adiós con una caricia.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos dedicar este trabajo a la memoria de María Isabel Maestre Martín que ya no se encuentra entre nosotros y hubiéramos deseado despedirnos de ella con una caricia.

A la Residencia Comarcal de Personas Mayores por haber facilitado el material y los medios necesarios para realizar este trabajo, y a todos aquellos pacientes y amigos que ya no están entre nosotros y que de buena gana no hubiéramos soltado nunca de la mano.

Debemos ser con nosotros mismos tan íntegros como lo fue el célebre filósofo griego Sócrates cuando afirma: "El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males".

## BIBLIOGRAFÍA

1. Armengol R. Conocer la muerte y consentirla. Barcelona: Revista de Psicoanálisis 1998.
2. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
3. Baztán JJ, Marañón E, Jiménez C. Cuidados paliativos. En Salgado A, González Montalvo JI, Alarcón MT. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson, 1996.
4. Bowlby, J. El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1988.
5. Bowlby, J. La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós, 1988.
6. Cabrera C *et al.* Perfil del cuidador principal del enfermo atendido por equipos de cuidados paliativos: estudio multicéntrico, descriptivo transversal. Medicina paliativa 2000; 7 (4).
7. Carbonnin P *et al.* Is aged an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalised medical patients? J Am Geriatr Soc 1991; 39: 1093-99.
8. Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial). Barcelona: Martínez Roca, 1985.
9. Chistrakis NA, Escarce JJ. Survival of medicare Patients after enrollment in hospice programs. N Engl J Med 1996; 335: 172-8.
10. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. De Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001; pp. 15-55
11. Ganzini L *et al.* Nurses' experiences with hospice patients who refused food and fluids to hasten death. N Engl J Med 2004; Jul 349: 4.
12. Gómez Sancho M. Atención a la familia. El duelo y el luto. En: Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad. Madrid: Arán, 1998; pp. 481-542.
13. Goy E, Ganzini L. End of life care in geriatric psychiatry. Clin Geriatr Med 2003; Nov 19 (4): 841-56, vii-viii.
14. Lacasta MA, Sastre P. El manejo del duelo. En: Die M, López E. eds. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; pp. 491-506.

- 34
15. Marantz *et al.* Prognosis in isqueamic heart disease: can you tell as much as the besides as in the nucleari laboratory. Arch Intern Med 1992; 152: 2433-7.
  16. Morgan S. Supportive and palliative care for patients with COPD. Nurs Times 2003; May 20-26; 99 (20): 46-7.
  17. Muriel R, Gillick, MD. Advance care planning. N Engl J Med 2004; Jul 350: 1.
  18. Reuben *et al.* Looking inside the black box of comprehensive geriatric assessment. A classification system for problems, recommendations and implementation strategies. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 835-8.
  19. Reuben DB. Making hospitals better places for sick older persons. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1728-9
  20. Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG, 2001.
  21. Sanz Ortiz J. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos. Barcelona: Medicina Clínica, 1989; 92: 143-45.
  22. Saunders, C. Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal. Barcelona: Salvat, 1988.
  23. Sepúlveda Moya *et al.* Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. Rev ESP Geriatr Gerontol 1999; 34 (S2): 5-12.
  24. Stacie T *et al.* Cuidados paliativos. Geriatrics Rew Syllabus 2002; 1 (3): 63-72.
  25. Xhardez, Y. Vademécum de Kinesioterapia y reeducación funcional. Barcelona: El Ateneo, 1996.