

Título: Caracterización de adultos mayores en etapa terminal. Policlínico Vedado. Ciudad de La Habana.

Autoras: Bárbara Mayra Leyva Salermo*, Adialys Guevara González**.

* Especialista de 2do grado en Gerontología y Geriatria.

** Especialista de 1er grado en Bioestadística.

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

Resumen

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, con los enfermos mayores de 60 años en etapa terminal en el área de salud Vedado, municipio Plaza de la Revolución, entre noviembre y diciembre del 2008. En ella se han encontrado los cambios que el envejecimiento provoca en la población cubana estudiada, al encontrar predominio de mujeres, que sobrepasan los 80 años, en su gran mayoría dementes con más de 5 años de evolución, dependientes para las actividades básicas por más de un año, cuyos síntomas fundamentales han sido la incontinencia, las alteraciones neuropsiquiátricas y las úlceras por presión. El control del dolor y otros síntomas en varios casos no respondió a sus necesidades. El mayor número de estos enfermos recibió la atención en el nivel primario de salud.

Palabras claves: enfermo terminal, anciano.

Summary:

Descriptive investigation, of traverse court, with the sick persons bigger than 60 years in terminal stage in the area of health. Vedado. Municipality Square of the Revolution, between November and December of the 2008. In her they have been the changes that the aging causes in the studied Cuban population, when finding women's that surpass the 80 years, prevalence in its great majority demented with more than 5 years of evolution, dependet for the basic activities for more than one year whose fundamental symptoms have been the incontinence, the alterations neurologic disease and the ulcers for pressure. The control of the pain and other symptoms in several cases didn't respond to their necessities. The biggest number in these sick persons received the attention in the primary level of health.

Key words: terminal patients, elderly

Introducción

La muerte es un acontecimiento especial de la vida, en la vejez presenta condiciones diferentes a la muerte en más jóvenes, se piensa que cuando se trata de una persona mayor es más justa, tiene menos de tragedia y parece natural, es ley de la vida, así lo consideran muchas personas. La práctica diaria de la medicina nos ha enseñado que nuestra responsabilidad no sólo es curar, es también aliviar, cuidar y consolar como parte de nuestra labor dirigida a actuar sobre algunos de los eventos que ocurren alrededor de la muerte en nuestros enfermos.

La Medicina Paliativa, expresa el respeto absoluto debido a toda persona, que ante los límites terapéuticos de la medicina pasa a controlar fundamentalmente los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta la muerte.⁽¹⁾ La ética del cuidado se basa en respetar el sufrimiento del paciente y ser sensible a su dolor, brindar protección, tanto al paciente como a sus acompañantes para evitar el aislamiento, la sensación de abandono y hacerle sentir en menor cuantía su discapacidad.⁽²⁾

En las últimas cuatro décadas el mundo ha experimentado un descenso sostenido y gradual de las tasas de natalidad y mortalidad. Consecuentemente, y en relación a la mejoría en el control de las enfermedades infecciosas, la creciente urbanización, la industrialización y los cambios en los estilos de vida, se ha producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando en un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Se prevé que para el año 2025, un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años.⁽³⁾

Una necesidad urgente de nuestros tiempos es la de hacer frente a un número creciente de adultos de edades avanzadas, que padecen y morirán de enfermedades crónicas, las que se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos. Las enfermedades que se presentan más frecuentemente en los ancianos son las degenerativas, las tumorales, las infecciosas, las autoinmunitarias, las traumáticas y las iatrogénicas. Las degenerativas tienen por base principalmente la aterosclerosis y buena parte de las cardiovasculares pertenecen a este grupo. En las últimas décadas han cobrado gran importancia las enfermedades degenerativas cerebrales, de ellas la enfermedad de Alzheimer es la más conocida, aunque también hay que considerar entre ellas a la demencia frontal, la demencia por cuerpos de Lewy, la enfermedad de Parkinson y a los procesos degenerativos multisistémicos encefálicos.⁽⁴⁾

Para el 2025 Cuba, con casi un cuarto de su población de 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina y su población ya debe estar decreciendo en términos absolutos, desde cinco o quizás más años antes., en el 2050 no sólo será el más envejecido de América Latina, sino

uno de los más envejecidos del mundo y en todo caso su proporción de población de 60 años y más superará proporcionalmente, con respecto a la total, al conjunto de países conceptualizados como desarrollados en el mundo..⁽⁵⁾

Según la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, «Todos tienen derecho a recibir tratamiento y a morir con dignidad. El alivio del dolor físico, emocional, espiritual y social es un derecho humano.»⁽⁶⁾

Amaro Cano, profesora de Bioética de la Facultad General Calixto García expresa que “La medicina moderna no puede continuar centrando la atención en órganos enfermos, desconociendo la totalidad de la persona a quien pertenece ese órgano. Tampoco puede centrar la atención en una persona, desconociendo el ambiente físico y social en el cual está inmersa. El enfoque de la medicina individual tiene que ampliar su espectro y abarcar también a las familias y las comunidades a las que pertenecen esas personas. El hombre, en su propia actividad sociolaboral, ha logrado transformar y humanizar la naturaleza y ha desarrollado la sociedad a la que pertenece. Esto quiere decir, que el proceso salud-enfermedad, desde la concepción hasta la muerte, tanto de las personas aisladas como de las poblaciones, constituye parte del proceso histórico de la humanidad”⁽⁷⁾

El desarrollo alcanzado por el Sistema Nacional de Salud y del Programa de Atención al Adulto Mayor nos coloca en situación favorable para enfrentar el reto de las demandas y necesidades inevitables del envejecimiento poblacional; pero, en el caso de los ancianos en etapa terminal, por la complejidad del mismo, las concepciones culturales, el contenido de los programas de estudio en pre y post grado en la formación de nuestros profesionales, la necesidad de orientar los cuidados paliativos a las características del adulto mayor y sus demandas, la falta de investigaciones orientadas en este sentido nos han motivado a desarrollar una investigación en el área comunitaria del Policlínico Vedado, que tiene una proporción de envejecimiento del 19.1%⁽⁸⁾ con el propósito de explorar cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y de auto percepción de la atención recibida por los adultos mayores en etapa terminal.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con 35 pacientes de 60 años y más, seleccionados por el investigador aplicando los criterios de inclusión a partir de los 80 casos reportados con enfermedades en etapa muy avanzada por el Equipo Médico de Atención Geriátrica (EMAG) en el área de influencia sanitaria del Policlínico “Vedado”, del municipio Plaza de la Revolución, de Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre el primero de noviembre del 2008 y el treinta de diciembre de este año.

Criterios de inclusión.

1. Edad de 60 años y más.

2. La enfermedad o condición diagnosticada de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve (esperanza de vida inferior a seis meses).
3. Enfermedad o condición patológica no susceptible de tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permitiera modificar el pronóstico de muerte próxima; o, que los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces en el momento del diagnóstico.⁽¹⁸⁾
4. Aceptar participar en el estudio, una vez explicado el fin, los medios y la no existencia de riesgos. El consentimiento informado fue dado verbalmente por el adulto mayor o, al menos, por el cuidador, en caso de que el adulto mayor no pudiera hacerlo por sí mismo.

La recogida de datos fue efectuada con los pacientes y cuidadores en su propio domicilio de residencia, previa coordinación, utilizando el auxilio del médico y la enfermera de la familia, quienes fueron informados de tal visita, la cual fue realizada por la autora, con respeto de todas las convenciones éticas.

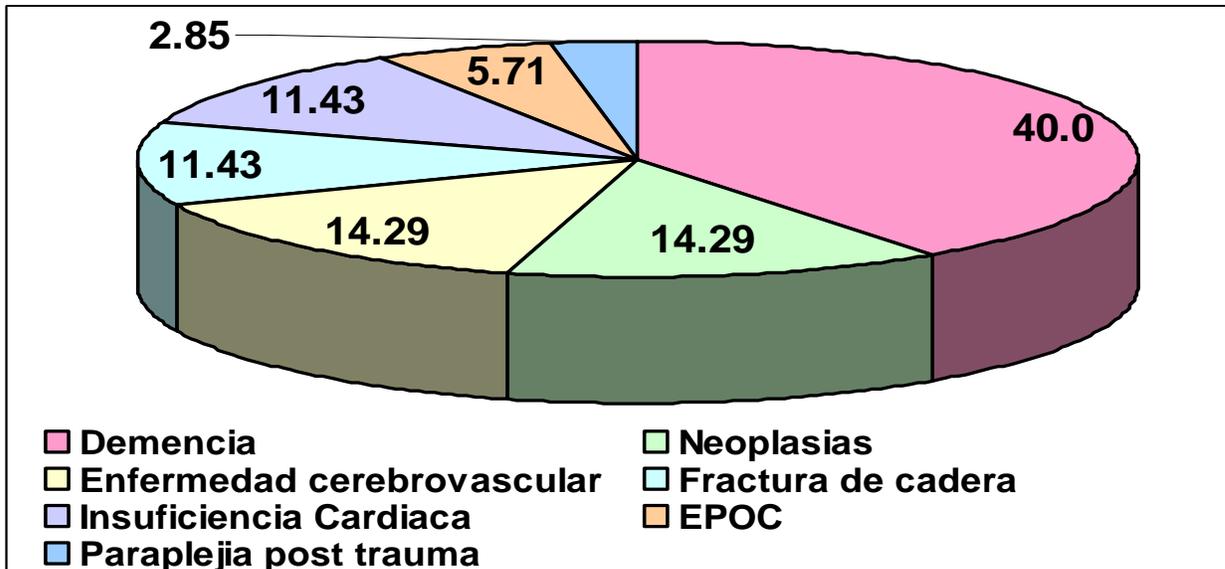
Resultados

Tabla No. 1: Distribución de los adultos mayores según variables sociodemográficas seleccionadas.

Variab les	No.	%
Sexo		
Femenino	22	62.86
Masculino	13	37.14
Grupos de edad		
60 a 69	4	11.43
70 a 79	10	28.57
80 y más	21	60.00
Color de la piel		
Blanca	27	77.14
Negra	2	5.71
Mestiza	6	17.14
Estado Civil		
Viudo/a	15	42.86
Casado/a	11	31.43
Soltero/a	4	11.43
Divorciado/a	3	8.57
Acompañado/a	1	2.86
Separado/a	1	2.86
Convivencia		
Familia	26	74.29
Solo con adultos mayores	4	11.43
Solo	3	8.57
Otras personas	2	5.71

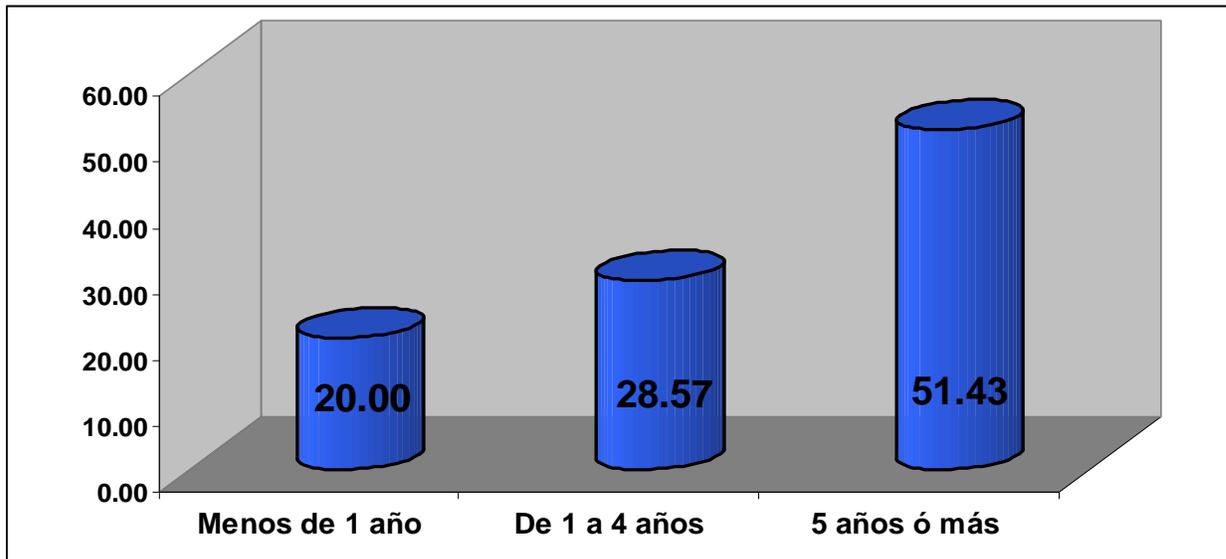
La distribución de los enfermos en etapa terminal, según las variables sociodemográficas estudiadas, refleja que el mayor número de casos pertenecían a mujeres, de 80 y más, con piel de color blanco, viudas y que conviven con familiares. Sin embargo llama la atención que tres de los encuestados viven solos a pesar de su situación de salud.

Gráfico No. 1: Distribución de los adultos mayores según diagnóstico principal.



En el gráfico podemos observar que el mayor número de enfermos en etapa terminal sufrían Demencia, seguido por las Neoplasias y la Enfermedad Cerebrovascular (ECV).

Gráfico No. 2: Distribución de los adultos mayores según tiempo de diagnóstico.



Estos resultados expresan predominio en el grupo de 5 ó más años de diagnóstico de la enfermedad que compromete su vida (51.43 %).

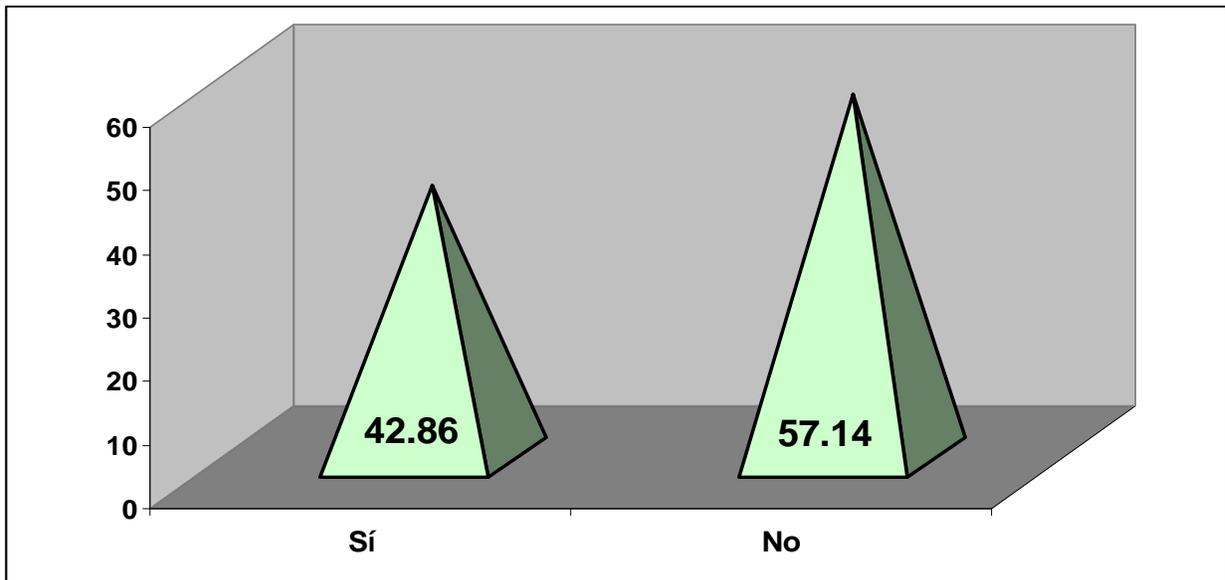
Tabla No. 2: Distribución de los adultos mayores según tratamiento actual.

Tratamiento actual	No.	%
Psicofármacos	28	80.00
Otros fármacos	22	62.86
Medicamentos cardiovasculares	20	57.14
Analgésicos no morfínicos	13	37.14
Cuidados de úlceras por presión	10	28.57
Laxantes	5	14.29
Antibióticos	2	5.71
Otras medidas	2	5.71
Analgésicos morfínicos	0	0.00

N = 35

El mayor uso de tratamiento recayó sobre los psicofármacos, los medicamentos cardiovasculares y otros, que se reportan en más del 50% de los casos, esto se explica por el mayor número de pacientes con Demencia, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares y la frecuencia de manifestaciones psicológicas durante la etapa terminal de la vida.

Gráfico No. 3: Distribución de los adultos mayores según presencia de dolor.



* En 14 casos con demencia y/o toma del sensorio, no se pudo explorar la presencia de dolor

El Gráfico No. 3 refleja la presencia de dolor. Los pacientes con diagnóstico de demencia y/o toma del sensorio se excluyeron, recogiendo estas variables solo en 21 de los casos. Podemos ver que el 42.86 por ciento de estos pacientes sufren dolor y de ellos la mayoría lo calificó como un dolor intenso entre 6 y 8 en una escala de 10 (7 de 9 pacientes para un 77.78%).

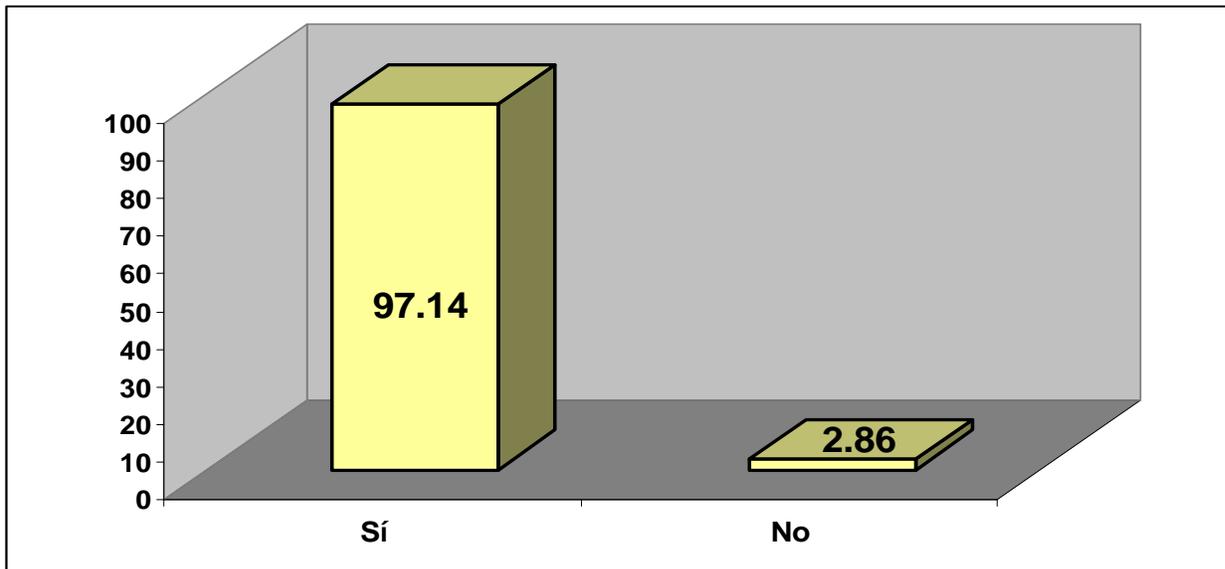
Tabla No. 3: Distribución de los adultos mayores según otros síntomas.

Otros síntomas	No.	%
Incontinencia	23	65.71
Constipación	20	57.14
Insomnio	20	57.14
Ansiedad	11	31.43
Depresión	11	31.43
Úlceras por presión	11	31.43
Anorexia	8	22.86
Otros	8	22.86
Disnea	7	20.00

N = 35

En esta tabla se observa el predominio de la incontinencia, la constipación, y el insomnio como síntomas en estos pacientes.

Gráfico No. 4: Distribución de los adultos mayores según dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).



El Gráfico No. 4 muestra que el mayor número de enfermos se encontraban dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (97.14 %) y la mayor parte de ellos llevan más de un año en ese estado de dependencia (26 de 34 pacientes para un 76.47%).

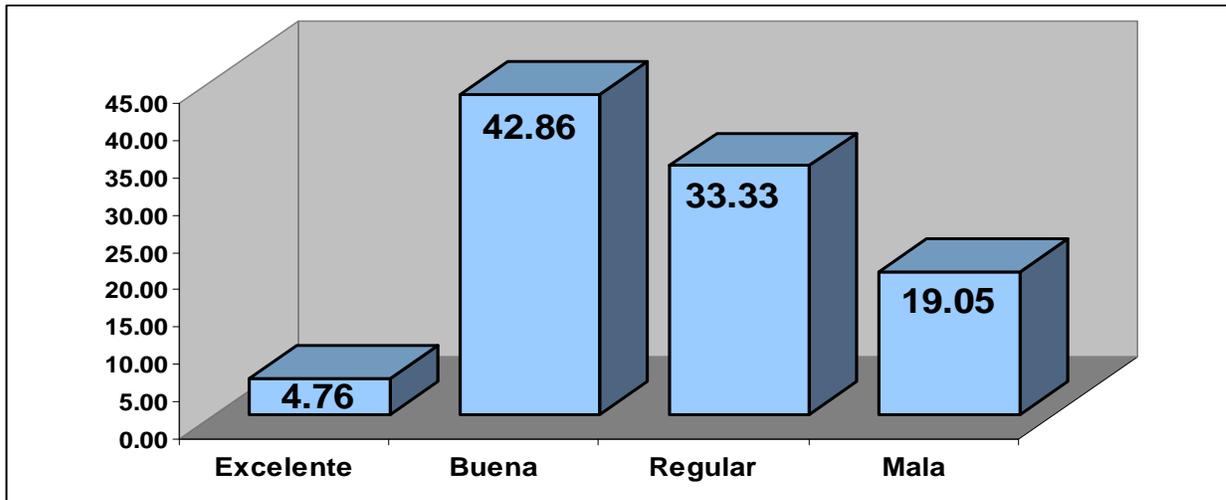
Tabla No. 4: Distribución de los adultos mayores según centro de atención.

Centro de Atención	No.	%
Consultorio Médico	22	62.86
Policlínico	14	40.00
Hospital	3	8.57
Instituto	2	5.71
Otro	1	2.86

N = 35

La tabla hace referencia al centro de atención médica y observamos que el mayor número de pacientes eran atendidos por el consultorio médico (62.86%) y el Policlínico (40.00%). Es decir que el peso de la atención médica a estos pacientes ha recaído en la Atención Primaria de Salud.

Gráfico No. 5: Distribución de los adultos mayores según percepción de la calidad de la atención recibida.



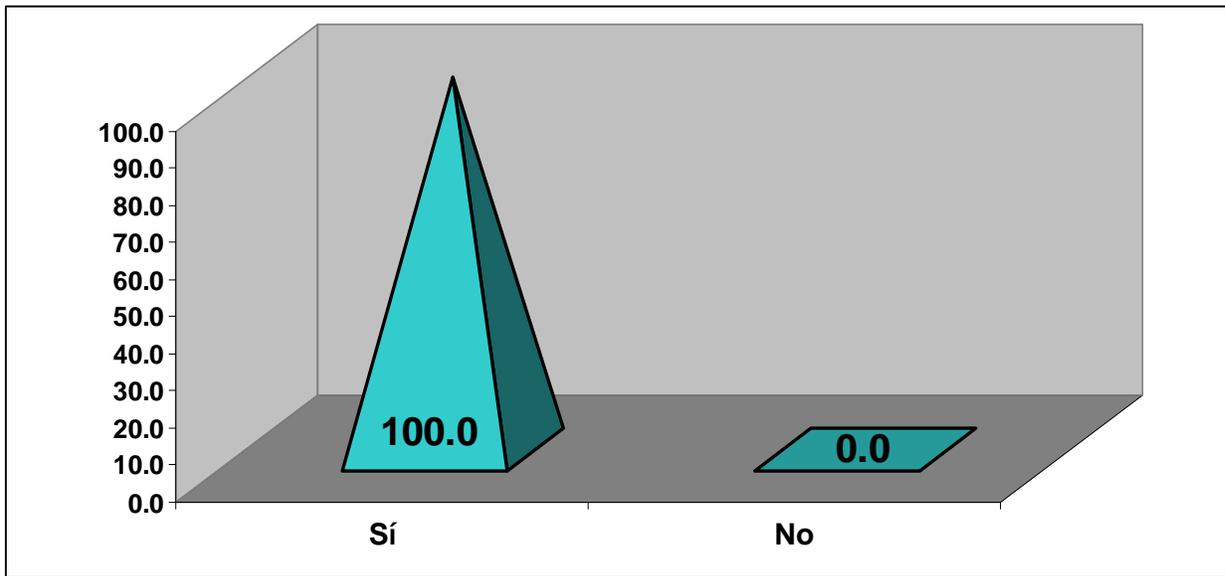
El Gráfico No. 5 muestra la percepción de la calidad de la atención recibida. Los pacientes con diagnóstico de demencia y/o toma del sensorio se excluyeron, recogiéndose esta variable solo en 21 de los casos. Al analizar los resultados se aprecia que solo el 4.76% de los pacientes percibe su calidad de atención como buena y más del 50% de los pacientes que pudieron opinar la califican de regular o mala. Estos datos deben ser tomados en cuenta en el momento de planificar, organizar y brindar los cuidados paliativos.

Tabla No. 5: Distribución de los adultos mayores según sentimiento de soledad.

Sentimiento de soledad	No.	%
Sí	12	57.14
No	9	42.86
Total	21	100.00

Más de la mitad de los pacientes que pudieron hacerlo (57.14%), manifiestan que los invade un gran sentimiento de soledad.

Gráfico No. 6: Distribución de los adultos mayores según presencia de cuidador.



El Gráfico No. 6 informa de la presencia de al menos un cuidador en todos los casos, lo que se interpreta como un elemento positivo. Es válido destacar que en la Tabla No. 1 se menciona que 3 de los adultos mayores estudiados viven solos y ahora se informa que todos tienen cuidadores. Esto tiene su explicación en que estos 3 adultos mayores han sido beneficiados con el Servicio de Cuidadores Estatales.

Discusión y análisis de los resultados

Las transformaciones propias del envejecimiento mundial, reportadas en el Estudio Económico y Social Mundial de las Naciones Unidas, Nueva York, 2007 informa la tendencia de aumento de la proporción de mujeres en la población a medida que aumenta la edad. En el 2005, para el mundo en conjunto, las mujeres mayores de 65 años superaban a los hombres de esa edad en una proporción de casi 4 a 3, proporción que llega a ser de casi 2 a 1 entre los mayores de 80 años.⁽⁹⁾ En Cuba, la población femenina presenta un 16.5 por ciento de adultas mayores y la masculina un 15.0 por ciento, datos obtenidos al cierre del 2005,⁽⁵⁾ en este estudio el mayor número de pacientes en etapa terminal estuvo conferido a mujeres mayores de 80 años, lo cual se encuentra en correspondencia con los datos referidos en otros estudios.

El predominio en el color de piel blanca está recogido en el último Censo de Población y Viviendas efectuado en el 2002, con un 65% de la población, con tendencia creciente al mestizaje, que aumentó a 24.9% de 21.9% en 1981⁽¹⁰⁾. El estudio SABE en el año 2000, realizado con la población adulta mayor de Ciudad de La Habana, encontró predominio de las personas casadas o unidas, ellas representaron el 40 por ciento, seguida por las viudas, cuya proporción fue de aproximadamente un

33 por ciento, al realizar el análisis por sexos señala una mayor proporción de viudas (45%), y para el total de la población de Ciudad de La Habana, con edades comprendidas entre 60 y 74 años, la más elevada proporción se ubicó en la categoría casados o unidos mientras que en las personas con 75 años y más en los viudos.⁽¹²⁾ en este estudio se mantienen los resultados al coincidir el predominio del estado de viudez en mayores de los 75 años y conservar la convivencia familiar, el estudio SABE realizado en ciudad de La Habana 2000, encontró que más de la mitad de la población adulta mayor de Ciudad de La Habana vive con su familia⁽¹²⁾

Especial análisis corresponde a la demencia por presentar el mayor número de casos en este estudio. Actualmente ocupa el tercer lugar en costo económico y social, solo superada por el cáncer y las enfermedades cardíacas, así como la cuarta causa de defunciones en el mundo desarrollado del siglo pasado. Se estima que llegará a convertirse en la primera de este siglo. La Organización Mundial de la Salud considera que la prevalencia media de demencia por encima de los 65 años de edad varía entre 2,2 % en África, 5,5 % en Asia, 6,4 % en América del Norte, 7,1 % en América del Sur y 9,4 % en Europa. A nivel mundial aproximadamente 18-20 millones de personas sufren esta enfermedad y se pronostica que el número de afectados ascenderá a más de 22 millones de personas en el año 2025. Los expertos estiman que en este siglo la enfermedad de alzheimer podrá ser más prevalente que el SIDA, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares⁽¹³⁾ La investigación psicosocial realizada en los años 2001-2003 en Cuba, estudió el comportamiento y la prevalencia de la demencia en el municipio Playa. Se evidenció una tasa de 9.3 x 100 adultos mayores de 65 años con predominio del sexo femenino⁽¹⁴⁾, lo que explica el predominio de enfermos dementes en etapa terminal en este estudio.

El objetivo fundamental de los cuidados paliativos es el alivio de dolor y otros síntomas, perfilar metas realistas y alcanzables asume una gran importancia en el curso de esta etapa. Los estudios realizados sugieren que la mayoría de estos pacientes al aliviar su dolor y otros síntomas, mejoran su calidad de la vida. Una vez que las metas son establecidas, pueden usarse para definir los tipos de cuidados que los pacientes quieren.⁽³⁷⁾ El uso de analgesia constituye un aspecto de vital importancia en cuidados paliativos, este estudio obtuvo una cifra del 37,3% de uso de analgesia y solo del tipo no morfínicos, a pesar de que en el estudio contamos 5 casos con neoplasias

Un número importante de pacientes necesitaron tratamiento para úlceras por presión con 28.5 % de presentación. Es conocida la frecuencia con que se presentan en ancianos en estado terminal y se considera que al margen de las causales dadas por déficit nutricionales, encamamiento prolongado con falta de higiene y movilización, así como permanecer mucho tiempo con sábanas húmedas, ya sea por sudor o incontinencia urinaria, pueden ser parte del síndrome de un fallo multiorgánico que acompaña a los estados finales de muchos procesos patológicos. La úlcera por presión puede

representar el declive físico y la mortalidad, siendo similar el concepto del estigma de insuficiencia cardiaca, pulmonar y enfermedad renal.⁽¹⁶⁾

El número de pacientes entre los que refirieron dolor y los que lo negaron no presentó grandes diferencias, sin embargo llama la atención que 9 de ellos aquejaron este síntoma (42.86%), 6 de ellos con predominio en la escala Licker en 6 y 8 de intensidad, lo que representó el 66.6% de los enfermos con dolor.

Es conocido que el dolor es un síntoma que no se detecta bien con los enfermos con demencia, especialmente con aquéllos con criterios de terminalidad, con frecuencia no se trata, siendo muy pocas las ocasiones en que se utilizan opiáceos.⁽¹⁷⁾

El dolor es un síntoma común y muy mal tratado en el caso de los ancianos y en especial al final de la vida. Tiene una prevalencia del 60 % en la comunidad y de 80 % en institucionalizados y del 70 al 90 % de los pacientes que tienen un cáncer terminal, lo que determina su mala calidad de vida. Resulta importante evaluar las enfermedades coexistentes, como artritis, enfermedades músculo esqueléticas, enfermedad vascular periférica, úlceras de piel. El 66% de la población tiene dolor importante en el último mes de vida. Es importante destacar, que el 26% de los pacientes internados en instituciones de cuidados crónicos que fueron evaluados por lo menos por 1 ó 2 médicos en el último mes tenían dolor diario importante y solo un tercio de ellos recibió algún tipo de tratamiento y no siempre el adecuado. Las consecuencias de todo esto, son principalmente, menor calidad de vida, depresión, menor socialización, insomnio, menor deambulacion.⁽¹⁸⁾

La carga sintomatológica experimentada por los pacientes terminales de enfermedades crónicas es comparable a la que sufren los pacientes con cáncer al final de la vida. Sin embargo, cuando se comparan los cuidados prestados a pacientes oncológicos terminales con los dispensados a pacientes con insuficiencias orgánicas en fase avanzada los resultados son siempre mejores en el primer grupo.⁽¹⁹⁾

Los pacientes geriátricos oncológicos presentan de forma significativa mayor prevalencia de síntomas como la inmovilidad, alteraciones de la piel, estreñimiento, incontinencia urinaria, trastornos del sueño y cuadros confusionales, resultados estos compatibles con lo encontrados en este estudio. Aliviar el dolor y demás síntomas insoportables es una de las condiciones más necesitadas para pacientes en estado terminal. Los principios del tratamiento en el cuidado paliativo de síntomas, particularmente: dolor, náuseas, disnea, molestias en la boca, apetito, somnolencia, insomnio no difieren de los utilizados con otros pacientes. Actualmente existen múltiples instrumentos de valoración de la situación del enfermo terminal, lo que nos indica la falta de un método ideal. Mediante un sistema de evaluación global con escalas analógicas visuales se analizan los síntomas/problemas: dolor, falta de aire, náuseas, depresión, ansiedad, bienestar, somnolencia, apetito, astenia, etc.⁽²⁰⁾

En el estudio “Comorbilidad y discapacidad: su relación en adultos mayores de Ciudad de La Habana, 2005”, de Brenes Hernández, la edad avanzada aparece como importante factor de riesgo para el surgimiento y perpetuación de discapacidades. ⁽²¹⁾

La Medicina Paliativa presenta hoy en día una visión más amplia que va, desde los cuidados médicos apropiados de pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana; y también incluye a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado, a pacientes con enfermedad crónica avanzada de un órgano y demencia avanzada. La impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico de pacientes en situación Terminal por lo que se hacen necesarios modelos que contemplen variables como la situación funcional global, el estado nutricional, etc.

Según las guías para pronósticos de la National Hospice Organization la disminución funcional documentada por Karnofsky y la dependencia en al menos 3 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular independiente al baño) resultan elementos orientadores. ⁽²²⁾

En este estudio se encontró correspondencia entre la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y la etapa terminal de estos enfermos. Aunque el índice de Katz fue diseñado como un instrumento de rehabilitación se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto con pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo por ser un predictor eficaz de expectativa de vida activa. ⁽²³⁾

En correspondencia con el diseño del Sistema Nacional de Salud Pública de Cuba, el Médico y la Enfermera de Familia representan el modelo estructural y funcional básico. El Programa de Atención del Adulto Mayor no se diferencia al del resto de la población, cumple con los principios básicos de universalidad, gratuidad y accesibilidad. ⁽²⁴⁾ esto explica por si solo el predominio del tratamiento de los casos entrevistados en el consultorio del Médico de familia y el Policlínico.

En este tipo de asistencia, la unidad de cuidado está constituida por el paciente más la familia. El equipo de asistencia es multidisciplinar: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales si así lo desea el paciente y personal voluntario. Además, el equipo debe proporcionar el soporte necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes. Por su carácter interdisciplinario y por estar centrada en el paciente, la medicina paliativa es integradora y no supone una exclusión de otros especialistas ni de tratamientos activos que tengan la misma intención paliativa y miren primordialmente por el bienestar del paciente, reflejando el mayor interés. Especialmente en Geriatría

y Oncología, la medicina paliativa se ha incluido en ellas con denominaciones más amplias como “cuidados al final de la vida” o “cuidados continuados en oncología”.²⁵⁾

La calidad de vida con pacientes terminales atendidos por programas domiciliarios o en unidades hospitalarias, fue el objetivo del estudio realizado en el programa domiciliario de Cuidados Paliativos del Área 8 de Madrid y en la Unidad de Cuidado Paliativos del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Estos estudios revelaron una mayor calidad de vida de aquellos pacientes atendidos en su domicilio y concluye que: los pacientes oncológicos que se encuentran atendidos en su domicilio manifiestan una mejor percepción de su calidad de vida que los pacientes terminales ingresados en el hospital.²⁶⁾

Si se tiene en cuenta que uno de los objetivos de los Cuidados Paliativos, además del tratamiento de los síntomas físicos, es ocuparse del nivel emocional del paciente a quien se le tiene que brindar compañía y favorecer su relación con las personas con quienes convive, resulta considerable este resultado.

Las diferentes actitudes ante el paciente en situación terminal y ante el enfermo más que grave, «difícil» y con escasas expectativas se pueden resumir en cuatro posibilidades: abandono, lucha, finalización y acompañamiento. La comprensión de estos modos de actuar facilita que se llegue a poner en su contexto adecuado y a comprender la manera de actuar de muchos profesionales. El abandono se puede apreciar a diario, no tanto en la dejadez como en la falta de compromiso, en ese ir y venir, en la ausencia de un médico de referencia o en la «huida» del que debería asumir la responsabilidad. La lucha se concreta en esa inercia terapéutica que lleva a no saber parar o, lo que es peor, a no poder parar de tratar a un paciente aunque no haya ya opciones razonables. El acompañamiento se plasma en los Cuidados Paliativos y ha hecho que se integre como el acompañamiento activo. Este concepto surge del criterio obvio de que acompañar está bien; pero no es suficiente: hay que intentar aliviar de manera activa, con los medios razonables, que hay que conocer, que la Medicina y otras ciencias ponen en nuestras manos.²⁷⁾

Conclusiones

Los pacientes en su mayoría eran mujeres, mayores de 80 años, viudas, con color de piel blanca, que se encontraban viviendo con su familia y dependientes para las ABVD.

Las enfermedades más frecuentes fueron las demencias, las cardiovasculares y las neoplasias, con más de 5 años de evolución de las mismas en más de la mitad de los casos; y los síntomas más frecuentes el dolor, la incontinencia, la constipación, los trastornos neuropsiquiátricos y las úlceras por presión, lo que supone una importante carga a los servicios de salud y una gran demanda de cuidadores. El control del dolor y otros síntomas en varios casos no respondió a sus necesidades.

El mayor número de estos enfermos recibió la atención en el nivel primario de salud; La percepción de

la calidad en la atención recibida resultó calificada mayoritariamente cómo buena aunque un otro número refirió considerarla regular y mala. El sentimiento de soledad estuvo presente en un número importante de pacientes, aun cuando todos tenían por lo menos un cuidador

Bibliografía

1. Sureda GM. Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. ACEB. Asociación Catalana d'Estudis Bioètics. Octubre 2003 .Disponible en: www.aceb.org/term.htm - 53k
2. Lescaille TM. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2006 Ene-Mar 22(1):0-0. [citado 29 Mayo 2008]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
- 3 Del Río MI , Palma AA. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Boletín. [serie en Internet]. 2007;32 (1):16-20. Disponible en: escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/20071/CuidadosPaliativos.pdf
4. Guijarro J. L. Las enfermedades en la ancianidad. Anales.[serie en Internet]. 22 (suple1) . Disponible en. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple8.html
5. Malagón CY, Guevara GA, Brenes HL. El envejecimiento demográfico y la atención al adulto mayor en Cuba. Publicación de Gerontología y Geriatria. Geroinfo. [serie en Internet]. 2007 2(2):3-6. Disponible en: [_http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?](http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?)
6. Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/index.html - 19k -
- 7 Amaro Cano, MC. Consideraciones histórico-culturales y éticas acerca de la muerte del ser humano. Rev Cubana Salud Pública. [serie en Internet] 2005, abr-jun. 31(2):0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
- 8 Datos estadísticos aportados por el Equipo Médico de Atención Geriátrica (EMAG) del Policlínico Vedado, mes de Octubre del 2008.
9. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. El desarrollo en un mundo que envejece. Estudio Económico y Social Mundial 2007. Nueva York: Naciones Unidas; 2007. p. 4-6 .Disponible en: www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview_sp.pdf
10. Oficina Nacional de Estadísticas. Censo de población y viviendas 2002. Informe Nacional. La Habana: ONE/ CEPE; 2005. Disponible en: http://www.cubagob.cu/otras_info/censo/index.htm.
11. Lama VJ. Enfermedad en estadio terminal: Un reto para el médico. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. [serie en Internet]. 2004; 4 (1):32-37. Disponible en:

sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/rfmh_urp/v04_n1/a09.htm

12. Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Ministerio de salud Pública. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Salud Bienestar y Envejecimiento en Las Américas. SABE. Resumen ejecutivo. La Habana: ONE/OPS/MINSAP; 2000. p.43-46. Disponible en : www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud_bienestar_y_envejecimieno.pdf.

13. Lanyau DY, Macias MC. Deficiencia de vitaminas y enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Salud Pública. [serie en Internet]. 2005, sep-dic 31(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

14.. Morales CF, Icart PE, Jordán HA, Lantigua CPA, Valdés SM, Marcheco TB. et al. Por la vida. Ciudad de la Habana: Editorial Abril; 2003. p. 29, 68-73, 101-4

15.. Van der Steen JT, Ribbe MW. Dying with dementia: what do we know about it? Tijdschr Gerontol Geriatr. [serie en Internet] 2007 Dec;38(6):288-97. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18225711?ordinalpos=1&itool>.

16..Witkowski JA, Parish LC. The decubitus ulcer: skin failure and destructive behavior. Int J Dermatol. [serie en Internet]. 2000; 39:894-896. Disponible en: www.medynet.com/elmedico/publicaciones/dermacosmetica3/176-178.pdf

17 Iranzo J M ; Ruiz A. Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. Rev Soc Esp. Dolor. [serie en Internet]. 2001;8(6) :392-6 .Disponible en: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?>

18. Librach SL. Manejo del dolor en el ancianos. Al final de la vida. Mesa Redonda.30 de Junio de 2005. 18º Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Gerontología .Río de Janeiro Brasil. Medicina Geriatrica.com.ar . Disponible en: www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id

19.Pascual LA, Alonso BA, Ballester AR, Duarte RM, García PC. Gómez Batiste-AX. et al. Definición de cuidados paliativos. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. España. p.22-23. Disponible en: www.correofarmaceutico.com/documentos/160707estrategiacuidadospaliativos.pdf

20 Orbeagozo A, Astudillo W, Latiegi A. La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida. Cuidados paliativos en enfermería. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003. p.12-3232 . Disponible en: www.sovpal.org/capitulos/01-ASTUDILLO.pdf

21. Brenes HL. Comorbilidad y discapacidad: su relación en adultos mayores de Ciudad de La Habana. [tesis]. Ciudad de La Habana: Cited; 2005.

22. Navarro SJR. Cuidados paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: Concepto y factores pronósticos. Guías médicas. Secpal. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiasm/index.php?>

23. Trigás FM. Índice de katz. Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD). Disponible en: www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf

24. Atención al anciano. Derechos humanos. Cuba. MINREX. Disponible en: <http://america.cubaminrex.cu/Derechos%20Humanos/Articulos/EnCuba/Seguridad-Social.html#1>
25. Centeno C. Características y objetivos de los programas asistenciales de cuidados paliativos: atención específica para enfermos terminales, medicina avanzada para el final de la vida. Disponible en: eneticaarguments.blogspot.com/2006/06/cuidados-paliativos-atencin-especifica.html
26. De las Peñas F C, Díaz CI, Alonso BC. Calidad de vida en pacientes terminales oncológicos: Atención domiciliaria vs atención hospitalaria: Metas de enfermería. [serie en Internet]. 2004;7(6):50-55. Disponible en. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=919673>
27. Sanz RA, Del Valle RML, Flores PLA, Hernansanz De La CS, Gutiérrez AC, Gómez HL, García RC. Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad. Cuad. Bioét. [Serie en Internet]. Cuad. Bioét. XVII, 2006/2ª. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/04-BIOETICA-60.pdf>
- 28 Chacón RM, Grau AJA, Barbat SI. Cuidado del familiar en fase terminal. Parte II y final. Salud para la vida. . Disponible en: saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=175 -