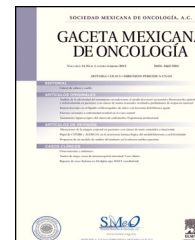




SOCIETAT MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es/gamo



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada



Celina Castañeda de la Lanza^{a,*}, Gabriel J. O'Shea^{c,b}, Javier Lozano Herrera^c
y Guillermina Castañeda Peña^d

^a Subdirección de Planeación, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México, D.F., México

^b Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, México, D.F., México

^c Director General de Gestión de Servicios de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México, D.F., México

^d Dirección de Gestión de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México, D.F., México

Recibido el 28 de abril de 2015; aceptado el 20 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 11 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Medicina paliativa;
Control de síntomas;
Enfermedades no
transmisibles;
Envejecimiento

KEYWORDS

Palliative care;
Palliative medicine;
Symptom control;
Non-transmittable
disease;
Ageing

Resumen Se destaca el área de oportunidad en el cuidado paliativo del adulto en edad avanzada, planteando una gama de posibilidades para implementar los cuidados por situación vital con base en sus necesidades y teniendo como objetivo la conservación de la calidad de vida, la dignidad de la persona, su rehabilitación y la de su familia. Para esto, se debe considerar que el adulto en edad avanzada se enfrenta una declinación gradual y progresiva a medida que envejece y enferma, y que necesita este tipo de cuidados que prodiguen la atención en el control de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Asimismo, se deben enfrentar los retos para llevar a cabo este tipo de acciones en el domicilio con medidas de promoción, prevención y fomento. Es necesario asegurar que los adultos de edad avanzada y sus familiares reciban asesoría por el personal multidisciplinario de la salud para el cuidado en casa.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palliative care: Options for the elderly

Abstract An important area for improvement in palliative care for the elderly is highlighted, with a range of possibilities proposed to implement care according to the patient's life situation. This is based on the patient's needs and aims to preserve the quality of life, dignity and rehabilitation of the patient, as well as to reduce the burden for the family. For this, consideration should be given to the fact that the elderly are faced with a gradual and progressive decline as they get older and sicker, and that they need this type of care to provide control

* Autor para correspondencia: Gustavo E. Campa 54, 2 Piso, Col. Guadalupe Inn, México, D.F., C.P. 01020, México.
Correo electrónico: cecasta@hotmail.com (C. Castañeda de la Lanza).

of the physical, psychological, social and spiritual symptoms. Furthermore, challenges must be met to develop these actions with promotion, prevention and encouragement. It is necessary to ensure that the elderly and their families receive home-based care and multidisciplinary advice.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El desarrollo científico, tecnológico y económico, así como la globalización mundial, han tenido como consecuencia repercusiones directas en la longevidad de las personas. En la década de 1930, el promedio de vida de una persona en México era de alrededor de 35 años para las mujeres y de 33 años para los varones¹.

México se encuentra entre los 11 países más poblados del mundo; en esta lista se encuentran China, India, Estados Unidos de América, Indonesia, Brasil, Paquistán, Rusia, Bangladesh, Nigeria y Japón¹.

La esperanza de vida en América Latina y el Caribe pasó de 29 años en 1900 a 74 años en 2010. En los Estados Unidos, las enfermedades crónicas representan alrededor del 75% del gasto en salud, en cierta medida debido al envejecimiento².

En México, la población total es de 112,336,538 personas y los adultos en edad avanzada de 60 años suman 10,1 millones³, lo cual representa el 9% de la población total. Es importante destacar que este grupo enfrenta desafíos importantes.

De acuerdo a reportes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en materia de salud, en el año 2010, 8 de cada 10 adultos en edad avanzada fueron egresados de los hospitales por enfermedades no transmisibles; las principales causas de letalidad hospitalaria en los varones fueron las enfermedades hepáticas, en tanto que en mujeres fueron las complicaciones respiratorias como la neumonía³.

A raíz de esta transición demográfica vemos también un cambio en el panorama epidemiológico, debido a que estamos enfrentando enfermedades de países desarrollados. En la actualidad, el adulto en edad avanzada se encuentra en una posición vulnerable con la presencia de limitaciones y enfermedades que demeritan su calidad de vida en aspectos cognitivos y físicos. Sin embargo, se pueden emprender acciones que se traduzcan en un envejecimiento saludable y a la vez proporcionen los cuidados de comodidad y bienestar para el enfermo³ desde el primer nivel de atención, tomando como punto de partida su hogar.

Es por ello que las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento son 2 grandes áreas de oportunidad para los cuidados paliativos, puesto que su combinación suele afectar a los adultos en edad avanzada. La población envejecida puede agruparse en diferentes categorías, dependiendo de su estado funcional físico y mental: envejecimiento saludable, pluripatológicos, frágiles y con demencia o en situación terminal⁴.

Por definición, los cuidados paliativos ofrecen el control de los síntomas físicos, y entre estos figuran el dolor

y síntomas psicológicos, sociales y espirituales para el paciente y su familia⁵. Para la familia, el acompañamiento y la consejería, además de la capacitación en el cuidado del enfermo, proporcionan una plataforma de soporte integral. Esto a su vez favorece la interacción con la sociedad y la promoción de grupos de ayuda mutua y de voluntarios que dirijan sus acciones a la asistencia, la procuración de fondos y la difusión de este tipo de cuidados a fin e integrar a la sociedad, sensibilizándola para reconocer el proceso de salud-enfermedad y muerte como algo natural.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe europeo de 2005, afirma que existe evidencia considerable de que las personas envejecidas sufren innecesariamente debido a las carencias generalizadas en la evaluación y el tratamiento de sus problemas, y a la falta de acceso a programas de cuidados paliativos⁵.

Cuidados paliativos, control de síntomas y adultos en edad avanzada

El paciente con diagnóstico de enfermedad terminal o incurable en fase avanzada espera que su transición sea digna, sin dolor y en compañía de su familia⁶; muchos sufren en sus últimos días⁷ y a veces reciben tratamientos invasivos o desproporcionados⁸.

En los países en vías de desarrollo, la mayoría de las personas que sufren un padecimiento no transmisible experimentan dolor y sufrimiento en el proceso de la enfermedad y el fallecimiento, debido a que no tienen acceso a servicios de cuidados paliativos. En 1990, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha acciones para que este tipo de servicios se integren a los sistemas de salud de dichos países⁹.

El envejecimiento es reconocido como un proceso natural, y la declinación de las funciones del organismo ocurre de manera gradual y sostenida, disminuyendo la reserva orgánica. Esta pérdida inicia alrededor de los 40 años de edad y continúa con una velocidad de aproximadamente un 1% por año¹⁰.

La creciente longevidad de nuestras poblaciones debe ser motivo de celebración y planificación. El envejecimiento poblacional abre nuevas oportunidades para reinventar la política de salud para beneficio de todos: jóvenes y ancianos.

El aspecto clave que determina la relación entre el envejecimiento poblacional y el gasto en salud es el estado funcional de los adultos en edad avanzada y cómo se desarrolla este proceso¹¹⁻¹³.

Ante este escenario, también existen limitaciones para un control exitoso de los síntomas en estos pacientes,

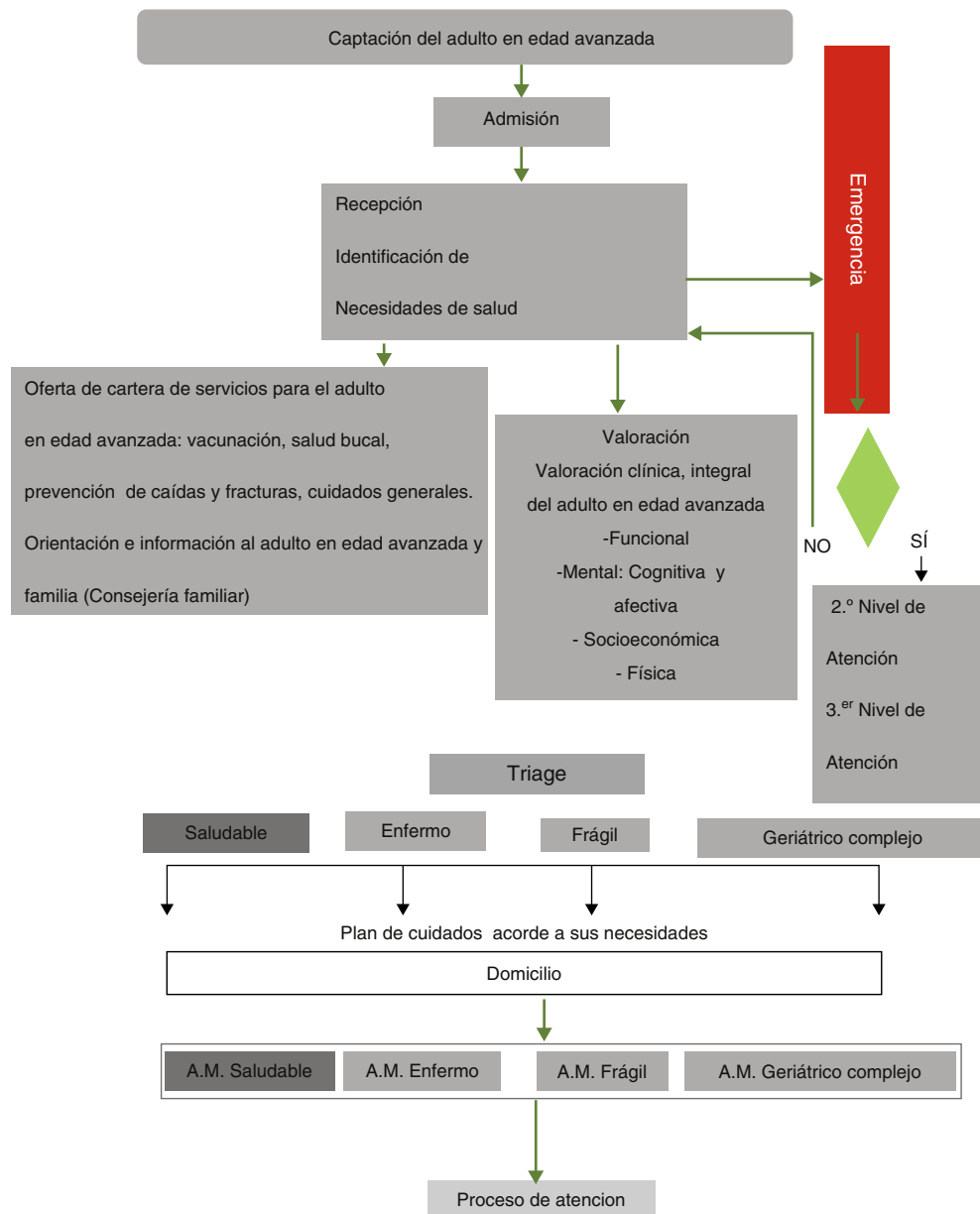


Figura 1 Diagrama de atención del adulto en edad avanzada.

incluidas las barreras que limitan o disminuyen el acceso a los servicios, las deficiencias en la adherencia terapéutica y la falta de provisión de cuidados paliativos. Se han identificado algunas causas de fracaso en el tratamiento analgésico y del control de síntomas en el paciente anciano, entre ellas aquellas relacionadas directamente con la persona, otras con la familia y otras con la atención de la salud¹⁴.

Factores relacionados con el paciente o adulto en edad avanzada

- Déficit cognitivo (incapacidad para describir sus síntomas)
- Interculturalidad
- Depresión, soledad y abandono
- Creciente número de ancianos que viven solos

- Gastos catastróficos de bolsillo (viáticos, fármacos, cuidadores)
- Carencia de una pensión o jubilación que cubra la seguridad social del paciente, sobre todo en México, donde muchas mujeres han trabajado exclusivamente en sus hogares
- Efectos adversos severos en los ancianos por la medicación analgésica (náusea, vómito, estreñimiento, sedación, sangrado de tubo digestivo)

Factores relacionados con la familia y aspectos sociales

- Abandono familiar y social
- Familias dispersas, familias que trabajan, familias disfuncionales
- Abuso físico o psicológico

Factores relacionados con el Sistema o la Prestación de Servicios de Salud

- Afiliación a o derechohabencia en el sistema de salud
- Dificultad para la interpretación y uso de escalas de evaluaciones (cuantitativas y cualitativas)
- Sistema sanitario no diseñado para pacientes crónicos
- La rotación del personal médico y de enfermería propicia deficiencias en la adherencia terapéutica
- Zonas geográficas con difícil acceso a los servicios de salud
- Los tiempos de consulta cortos dificultan la relación médico-paciente
- Tiempo de espera largo para recibir la consulta
- Escasa disponibilidad de médicos dedicados a los cuidados paliativos o a la atención sanitaria con este enfoque
- Escasez en la disponibilidad de fármacos analgésicos potentes
- Acceso precario y poca disponibilidad de servicios de cuidados paliativos
- Terapias costosas por periodos prolongados

La **figura 1** muestra la propuesta de atención en cuidados paliativos con acciones de promoción, prevención, fomento y cuidado de la salud¹⁴⁻¹⁶.

Cuidados generales: de los ojos, de la boca, de la piel, de la ingesta, de la eliminación, de la administración de fármacos, de la preparación de los alimentos y de la movilización. Cada caso se individualiza y se establece el plan de cuidados, de acuerdo a la clasificación del adulto en edad avanzada y a sus redes de soporte, instalando un modelo de atención que incluya la atención de la consulta ambulatoria siempre que sea posible y/o domiciliaria cuando el paciente no sea ambulatorio. Asimismo, se debe proporcionar asesoría telefónica para aclaración de dudas u orientación, consejería familiar para mantener a la familia y a la red social informada sobre la evolución y el plan de tratamiento. El 2.º y el 3.º nivel de atención se reservarán para aquellos pacientes que presenten una urgencia o proceso de salud con complicaciones que ameriten su hospitalización para el control adecuado de los síntomas.

El proceso de atención deberá integrar «Acciones de promoción, prevención de la salud, atención e intervenciones a la salud y rehabilitación».

El abordaje de la promoción debe ser dirigido a motivar e interesar al grupo social y familiar, así como al adulto en edad avanzada, para el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables. La prevención debe estar orientada a evitar la aparición de enfermedades que compliquen este periodo de la vida y a incrementar acciones específicas como incentivar la vacunación, la salud bucodental, la revisión médica periódica y programada, y la inclusión de la vigilancia a través de exámenes de laboratorio y gabinete¹⁷.

La visita domiciliaria deberá desarrollarse en el primer nivel de atención con un enfoque de salud pública, y medidas de atención primaria con actividades de promoción, prevención y fomento de la salud^{17,18}.

De este modo uno de los deberes del médico y el equipo de salud consiste en informar y orientar al paciente y a su familia acerca de sus condiciones de salud y de las posibilidades de atención, a fin de elegir la opción más razonable de

acuerdo a su diagnóstico, sintomatología y a sus preferencias en cuanto a tratamiento.

Atender adultos en edad avanzada implica tener presente que se debe brindar respeto, entendimiento, comprensión y comunicación, que se debe tratar de reducir la ansiedad, buscar encontrar el equilibrio y establecer el bienestar. Con dichas medidas haremos más amable su atención y cuidado^{19,20}.

Conclusiones

El envejecimiento de la población implica un incremento en la demanda de servicios de salud, puesto que en el anciano se presentan mayores tasas de morbimortalidad, lo cual incrementa las necesidades de atención médica no programada en comparación con el resto de la población. El reto será evaluar los costos de atención que supone este grupo y, por otra parte, diseñar una estrategia que evite los gastos que representan para el modelo de salud, la sociedad y la familia la ausencia de cuidados paliativos oportunos en el envejecimiento.

Se puede concluir que las áreas de oportunidad para los adultos en edad avanzada en materia de cuidados paliativos son múltiples debido a que constituyen una población vulnerable por la declinación de sus capacidades y funciones, la pérdida de autonomía física y/o cognitiva, la precaria solvencia económica o, en ocasiones, el abandono social y familiar. Sin embargo, la tendencia de este tipo de cuidados está orientada a recuperar valores universales e integrar al paciente geriátrico a su entorno familiar y social.

Los cuidados paliativos ofrecen ventajas para su aplicación y desarrollo porque pueden ser administrados por equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud; además, permiten diseñar planes de cuidados basados en las necesidades del paciente y su familia, individualizando cada caso y desarrollados por la familia en el seno de la comunidad.

La propuesta consiste en llevar a cabo acciones que eduquen y capaciten en el cuidado paliativo a partir del cuidado activo de la vida, donde paciente y familia son los beneficiarios directos. Es preciso que en el modelo de salud pueda establecer redes de cuidados en el primer nivel de atención a partir de la asesoría para la formación de voluntarios y cuidadores para los adultos en edad avanzada. Se debe destacar la participación de la familia y la sociedad en el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud en la asesoría y capacitación para la atención de este grupo etario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. World Wide Investment Group 2009-2010.
2. OPS/OMS Washington. Informe 18 septiembre 2012.
3. Censo de población y vivienda INEGI 2010.
4. http://www.cimfwe.org/_admin/include/imagen/lgoaps/peru.pdf.
5. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative: A report of a OMS expert committee. Geneva: OMS; 1990.

6. Bertachini L. Envelhecer: Desafio, valores e dignidade (video). En: The 18th congress of the international Association Gerontology. 2005.
7. Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important an the end of life by patients and family, and other care providers. *JAMA*. 2000;284:2476–82.
8. [No authors listed]. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995;275:1591–8.
9. Ahroheim JC, Morrison RS, Baskin SA, et al. Treatment of the dying in the acute care hospital: Advanced dementia and metastatic cancer. *Arch Intern Med*. 1996;156:2094–100.
10. Sternwärd J, Foley KM, Ferris FD. Integrating palliative care into national policies. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:514–20.
11. Knapwski J, wieczorowska-Tobis K, Witosky J. Phatophysiology of ageing. *J Physiology Pharmacol*. 2002;53:135–46.
12. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012;379:1295–6.
13. Guía Técnica para la Cartilla Nacional de Salud, Adultos Mayores de 60 o más, Secretaria de Salud, 1.^a ed. México 2008.
14. Curriculum de la Licenciatura en Gerontología, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México, 2008.
15. Norma Técnica para la atención integral, salud en la etapa de vida adulta mayor, Dirección General de Salud de las personas, Ministerio de Salud, República del Perú, 2005.
16. Autocuidado, Guía de orientación para el cuidado de la salud de los Adultos Mayores, E.U. Teresa Vega Olivera, E.U. Alicia Villalobos Courtin, Ministerio de Salud de Chile.
17. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 1.^a ed., Managua, 1996.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
19. Marriner Tomez A, Raile Alligod M. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby: España; 2003.
20. Secretaria de Salud. Programa de atención al envejecimiento. México: Secretaria de Salud CENAPRECE; 2007.