

Atención al final de la vida en personas mayores y muy mayores



End-of-life care in the elderly and very elderly

El 84% de todas las defunciones ocurren después de los 65 años, con una mayor incidencia entre los 80 y los 89 años. Las causas más frecuentes de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales y del comportamiento¹. Según las proyecciones realizadas por el INE, desde 2018 el número de defunciones superará al número de nacimientos y estas se producirán a edades avanzadas.

La atención de calidad al final de la vida se reconoce como una obligación ética de los profesionales de la salud y sus instituciones² y ha sido desarrollada desde la perspectiva de los cuidados paliativos. A pesar de que la propia OMS³ ha llamado la atención sobre la necesidad de ampliar los cuidados paliativos a las personas mayores, estos son dirigidos mayoritariamente a personas que se encuentran en etapas anteriores de la vida y a enfermos de cáncer^{4,5}.

Este trabajo explora las diferencias entre personas que vivían en la comunidad, en cuanto a sus características y a la utilización de servicios médicos en el último año de vida respecto a su grupo de edad: mayores (< 80 años) y muy mayores (≥ 80 años).

La muestra estaba compuesta por 335 personas que murieron entre los años 2004 y 2009 y que habían participado en alguna de las oleadas del estudio longitudinal SHARE. La edad de fallecimiento varió entre los 53 y los 104 años. Las variables estudiadas fueron: características del fallecido (sexo, edad, dependencia, tiempo enfermo antes de morir y lugar de fallecimiento), funcionalidad en el último año de vida (actividades que realizaba con dificultad, necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria y tipo de ayuda recibida) y atención recibida durante el último año de vida (cuidado informal, atención primaria, especialista, ocasiones en el hospital y estancias hospitalarias, medicación y atención domiciliaria). Calculamos las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson y residuos tipificados corregidos.

Se encontraron más muertes de varones entre los mayores y más mortalidad femenina en los muy mayores, χ^2 (1; N=328)=7,58; p=0,004. Proporcionalmente, las muertes por cáncer tienen aproximadamente el doble de incidencia en los menores de 80 años, χ^2 (2; N=328)=8,87; p=0,012, mientras que sufrir dependencia durante el último año de vida fue más común entre las personas de 80 y más años, con casi el doble de casos χ^2 (1; N=328)=39,25; p<0,01. Morir después de un año o más enfermo fue más frecuente también en el grupo de los mayores χ^2 (3; N=322)=8,15; p=0,043, mientras que hubo más casos que murieron tras una hospitalización corta (un mes o menos) en el grupo de los muy mayores χ^2 (5; N=218)=18,56; p=0,002. Hubo más casos de muerte hospitalaria en los menores de 80 años, mientras la muerte en el hogar fue más común en los de 80 y más años χ^2 (3; N=323)=12,15; p=0,007.

Las diferencias por grupo de edad respecto a las limitaciones en la actividad y la dependencia fueron estadísticamente significativas χ^2 (1; N=328)=39,25; p<0,01. El porcentaje de personas que necesitó ayuda para la realización de las AVD es significativamente mayor en el grupo de los muy mayores.

En cuanto a la atención recibida por grupo de edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en el caso de la atención informal, la atención primaria y el uso de medicamentos. Sí existían diferencias significativas por grupo de edad en la atención recibida por médicos especialistas χ^2 (1; N=328)=12,86; p<0,01, y en la frecuencia χ^2 (3; N=322)=12,12; p=0,007 y duración de estancias hospitalarias χ^2 (5; N=218)=18,56; p=0,02. Los mayores acuden con mayor frecuencia a los médicos especialistas

y a los hospitales, siendo también las estancias hospitalarias más largas cuando el ingresado es menor de 80 años.

Nuestra sociedad ha habilitado sistemas para ayudar a las personas con sus problemas de salud a lo largo de la vida y en la vejez, pero ¿de qué medios disponemos para atender las necesidades de las personas cuando se aproxima el final de la vida?

Las personas muy mayores, por sus características al final de la vida, necesitan mayor atención en el proceso de muerte.

«Los cuidados paliativos (...) deberían ser una parte integral de la atención sanitaria»⁶. Recogiendo esta recomendación de la OMS defendemos el desarrollo, la potenciación y la expansión de los cuidados paliativos, que debieran basarse en las necesidades del paciente y de la familia (que son muchas y de diversa índole cuando hablamos de edades avanzadas) y no en el pronóstico⁵.

Financiación

JA-E-Doc del Programa «Junta para la Ampliación de Estudios» cofinanciado por el FSE.

Agradecimientos

This letter uses data from SHARE wave 4 release 1.1.1, as of March 28th 2013 or SHARE wave 1 and 2 release 2.5.0, as of May 24th 2011 or SHARELIFE release 1, as of November 24th 2010. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th Framework Programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Programme (SHARE-PREP, N.º 211909, SHARE-LEAP, N.º 227822 and SHARE M4, N.º 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions).

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2011. Nota de prensa de 27 de febrero de 2013 [consultado 17 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
2. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care. JAMA. 1999;281:163-8.
3. World Health Organization. Palliative Care for Older People. 2011 [consultado 9 Jul 2013]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
4. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. Ann Intern Med. 2008;148:147-59.
5. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ. 2005;330:1007-11.
6. World Health Organization. Better palliative care for Older People. 2004 [consultado 9 Jul 2013]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf

M^a Ángeles Molina Martínez* y Rafael Serrano-del-Rosal

Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmolina@iesa.csic.es (M^a.Á. Molina Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.05.008>