

P. Grau Santana*
E. Errando Mariscal**
C. Estellés Palanca*
F. Cuesta Portillo*
R. Navarro Sanz***

Perfil de los ancianos no oncológicos
fallecidos en un hospital de media
y larga estancia

* Diplomados en Enfermería. Hospital «Dr. Moliner».
** Médico Adjunto Medicina Interna. Hospital «Dr. Moliner».
*** Jefe Sección Medicina Interna. Hospital «Dr. Moliner»

Comunicación presentada a las III Jornadas
Nacionales de la S.E.E.G.G.
Sevilla, Mayo 1994

Correspondencia:
Pedro Grau Santana
Hospital «Dr. Moliner»
Porta-Coeli, s/n
46118 Serra (Valencia)

RESUMEN

El concepto de terminalidad se encuentra muy bien delimitado en el enfermo oncológico, sin embargo en geriatría nos encontramos con numerosos enfermos que llegan a la situación de terminalidad por una patología no oncológica, debiéndose delimitar el perfil de estos enfermos para proporcionar una mejor atención dentro de los cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE

Anciano terminal; Cuidados Paliativos; Patología no oncológica.

SUMMARY

Although the concept of terminal ill is well delimited in the cancer patient, in Geriatrics one can meet many patients who reach the terminal stage without being afflicted by any malignant pathology. This is why these patients' profile should be delimited to provide them with a better attention within the palliative care.

KEY WORDS

Terminal old patient; Palliative care; Nonmalignant pathology.



INTRODUCCION

El presente estudio se realizó en el Hospital "Dr. Moliner", perteneciente al Servicio Valenciano de Salud (S.V.S.), en el cual se atienden principalmente enfermos ancianos con patologías crónicas de media y larga estancia y terminales.

En este trabajo realizamos un estudio retrospectivo de los fallecimientos ocurridos en el Hospital, durante el año 1993, mayores de 65 años y cuya causa principal de fallecimiento no fuera una patología oncológica. En la revisión bibliográfica previa pudimos comprobar que en el paciente oncológico se encuentra muy bien delimitada y estudiada la situación de terminalidad en sus distintas fases, con criterios que se caracterizan por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses (Sanz, J. y col, 1993), (Estape, J. y col, 1992).

Sin embargo, en el paciente anciano que llega al final de sus días con varias patologías no oncológicas, en numerosas ocasiones, el concepto de terminalidad no se puede precisar con exactitud, llevando en numerosas ocasiones a la utilización de tratamiento y técnicas altamente agresivas y traumáticas que podrían evitarse en esta última fase de la vida en la que lo fundamental es la aplicación de unos cuidados paliativos adecuados a cada caso y situación que proporcionen alivio, consuelo y confort, desde una óptica bio-psico-social (Grau, P, 1993).

El hecho de esta pluripatología hace precisa la realización y planificación de unos cuidados individualizados en el enfermo geriátrico (Carrol, M. y col, 1989).

OBJETIVOS

- Describir el perfil que define al paciente anciano en situación terminal, en el Hospital "Dr. Moliner".
- Contribuir a una mejor delimitación del concepto de terminalidad en el anciano no oncológico.

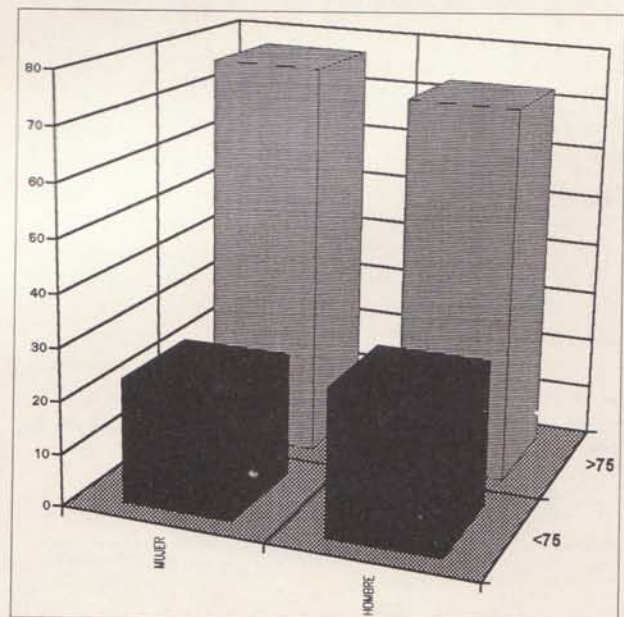
Total altas.....	1.376	
Exitus	492	36%
> 65 no oncológicos	264	54%

MATERIALES Y METODOS

Para la realización de este estudio se revisaron todas las historias de los pacientes fallecidos durante el año 1993 (tabla 1).

De un total de 1.376 altas producidas en el período reseñado, 492 fueron fallecimientos, el 36%. El criterio de inclusión que utilizamos es que fueran mayores de 65 años y que la causa principal del fallecimiento no fuera por una patología oncológica, lo que nos dio 264 casos, 54% del total de los fallecidos, de los cuales 137, 52% corresponden a mujeres y 127, 48% a hombres (gráf. 1).

Las variables que se estudiaron fueron: sexo, edad, días de estancia desde el ingreso en el hospital hasta el fallecimiento, causa principal del fallecimiento según consta en el departamento de Do-



Gráfica 1. Edad.

Tabla 2	Variables
—	Sexo
—	Edad
—	Días de estancia
—	Causa fallecimiento
—	Apoyo familiar
—	Nivel de dependencia
—	Estado civil

cumentación, reunidas por grupos diagnósticos (respiratorios, cardio-vasculares, etc.). Apoyo familiar considerándolo como positivo si vivían antes del ingreso en domicilio con familiares o allegados y las perspectivas de la familia al alta, si ésta se produjera sería de hacerse cargo del enfermo y negativo si provenían de Residencias, vivían solos o la familia se desentendía de ellos; el nivel de dependencia se valoró en tres niveles según su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria en el momento del ingreso.

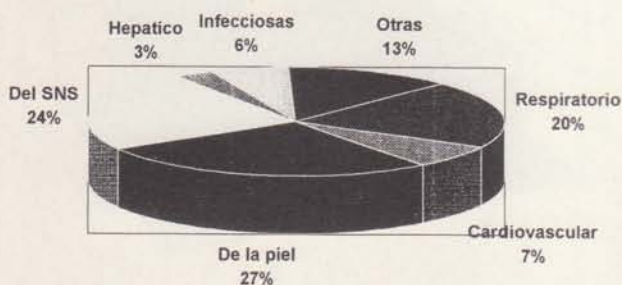
- 1^{er} Nivel, totalmente independiente para todas las actividades de la vida diaria (AVD).
- 2^o Nivel, realiza las AVD con ayuda.
- 3^{er} Nivel, totalmente dependiente para todas las AVD (Hospital "Dr. Moliner" 1991).

Por último, se consideró el estado civil (tabla 2).

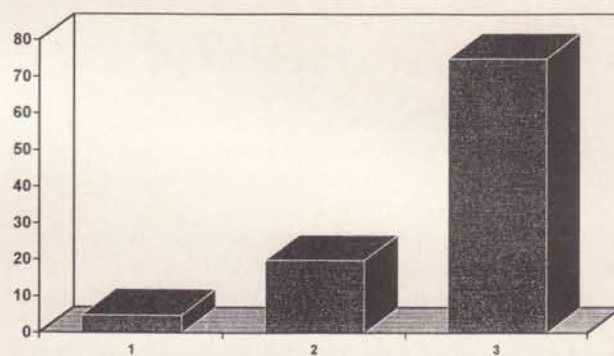
La introducción de los datos se realizó en un programa DBASE3 y el análisis descriptivo en el SPSS+ en versión para ordenador personal (Etxeibia, J y col, 1990).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: nos



Gráfica 2. Grupos de diagnóstico.



Gráfica 3. Nivel de dependencia para A.V.D.

encontramos que de los 264 casos 137 (52%) correspondieron a mujeres y 127 (48%) a hombres.

La edad media del total se situó en 81 años con un rango de 65-100 años, no encontrando significación entre hombres y mujeres y tanto en un caso como en otro el 75% de los casos se situó por encima de los 75 años de edad (gráf. 2).

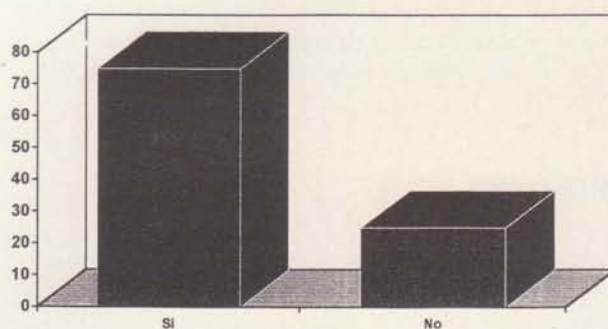
En cuanto a los días de estancia nos encontramos con una media de 28 días, la mediana de 15 días y el rango de 1-441 días.

Los diagnósticos principales al fallecimiento se repartieron por porcentajes en:

Enfermedades de la piel 27%, del S.N.C. 24%, respiratorias 20%, cardio-vasculares 7%, infecciosas 6%, hepáticas 3% y otras 13% (gráf. 3).

Sobre el apoyo familiar obtuvimos un 75% con un buen apoyo familiar y con un 25% que carecían de un adecuado apoyo familiar (gráf. 4).

Por sexos, el hombre con apoyo familiar se situó cerca del 80%, mientras que la mujer fue del 70,2% (tabla 3).



Gráfica 4. Apoyo familiar.

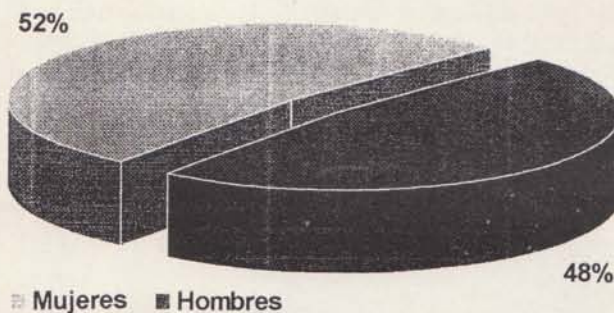


Tabla 3 Apoyo familiar sexo %

	Mujer	Hombre	Total
No.....	29,5	19,9	25
Si	70,2	79,7	75

Tabla 4 Estado civil sexo %

	Solteros	Casados	Viudos	Total
Mujer	7,1	8,2	35,9	51,6
Hombre	5,0	25,3	17,8	48,8



Gráfica 5. Distribución por sexos.

El nivel de dependencia se repartió de la siguiente manera: Nivel 1^a 5%, Nivel 2^a 19% y Nivel 3^a 75% (gráf. 5).

El estado civil de los pacientes fue el siguiente: solteros 12%, casados 33%, viudos 53% y un 2% que no se especificaba en la historia clínica (gráf. 6). Por sexos, la mujer predomina en el grupo de viudas 35,9% frente al 17,8% de los hombres y en el de solteras 7,1% frente al 5%, sin embargo en el grupo de casados es el hombre con un 25,3% frente al 8,2% de mujeres (tabla 4).

En cuanto al apoyo familiar relacionado con el estado civil son los solteros los que cuentan con un menor apoyo sobre el 75%, mientras que en los ca-

sados tienen un buen apoyo familiar en el 94% de los casos (tabla 5).

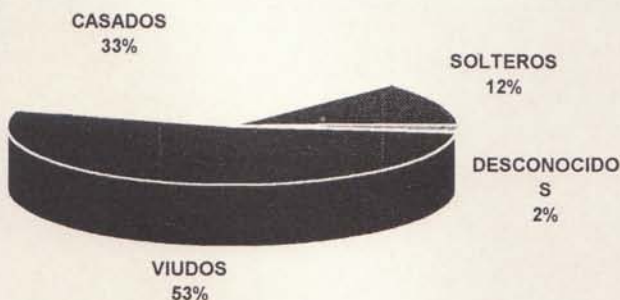
CONCLUSIONES

Tras analizar los datos obtenidos, nos encontramos con el perfil del anciano terminal en nuestro hospital, pero probablemente éste sea el mismo que el que nos podamos encontrar en cualquier institución donde se atiendan enfermos de estas características.

La edad media se situó en 81 años con un ligero predominio de las mujeres. Vemos que entre 65-75 años sólo encontramos un 25% de los casos, lo que nos da a entender lo avanzado de la edad de estos pacientes. Igualmente las estancias medias se situaron en 28 días con un rango de 1-441 días encontrándonos enfermos que ingresaban para rehabilitación/convalecencia y fallecían a los pocos días, así como enfermos que ingresaban para una muerte inminente y permanecían durante varios meses.

En cuanto a los grupos diagnosticados al fallecimiento que más nos aparecieron fueron las enfermedades de la piel, siendo mayoritarias en este grupo las úlceras por presión, lo que nos indica el largo tiempo de encamamiento y probablemente sin unos cuidados preventivos adecuados; en segundo lugar aparecen las enfermedades del S.N.C. que igualmente conducen a largos encamamientos con dudoso pronóstico.

El que una cuarta parte de estos pacientes no cuentan con un apoyo familiar adecuado evidencia la soledad y la falta de ayuda con la que las personas mayores llegan al final de sus días encontrándose en el mejor de los casos con las opciones de las residencias (Carnevali, M y col, 1988). Es de destacar la



Gráfica 6. Estado civil.

Tabla 5 Apoyo familiar estado civil %

	Solteros	Casados	Viudos	Total
No	74,2	5,8	22,8	23
Si	25,8	94,2	77,2	75,9

20

diferencia entre el apoyo que tienen los hombres y las mujeres con casi un 10% de desventaja en estas últimas. Este dato se relacionaría con el estado civil, ya que, como vimos anteriormente los hombres con pareja estable se sitúan sobre el 25% mientras que las mujeres sobre el 8%. Igualmente y como era de esperar son los casados (por consiguiente con pareja estable) los que cuentan con un mayor apoyo, siendo los solteros y en menor medida los viudos los más necesitados del apoyo de las instituciones.

Es de destacar igualmente y para enfermería muy importante que el 75% sean totalmente dependientes

para todas las actividades de la vida diaria, sólo un 5% eran capaces de valerse completamente por sí mismos en el momento del ingreso, por lo que la enfermería debe de suplir las necesidades alteradas que presentan los ancianos en estas situaciones, que como podemos comprobar en muchas ocasiones son todas.

Como conclusión final de este estudio consideramos la necesidad de buscar una mejor adecuación de las instituciones en el trato de los ancianos terminales, con una modificación de las estructuras hospitalarias que permitan al enfermo anciano terminal morir con dignidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Carnevali, D. y Patrick, M. (1988). Tratado de enfermería geriátrica. 2ª ed. Interamericana-McGraw I-II.
2. Carrol, M. y Janes, J. (1989). Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelona. Doyma.
3. Estape, J. y Domenech, M. (1992). Enfermería y cáncer. Barcelona. Doyma.
4. Etxebenia, J., Joaristi, L. y Lizosain, L. (1990). Programación y análisis estadístico con SPSS-PC(+). Madrid. Paraninfo.
5. Grau, P. (1993). Problemática del anciano en un centro de media y larga estancia. Geriatrika. 9 (9): 415-420.
6. Hospital "Dr. Moliner". (1991). I Jornadas de cuidados de enfermería al paciente crónico. Valencia. Hospital "Dr. Moliner".
7. Sanz, J., Gómez Bañiste, X., Gómez Sancho, M. y Núñez Olarte, J. M. (1993). Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.