



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



REVISIÓN

Preferencias de las personas muy mayores sobre la atención sanitaria

Juan Herrera-Tejedor

Unidad de Geriatria, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de mayo de 2016

Aceptado el 24 de agosto de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Anciano de 80 o más años

Ética clínica

Planificación anticipada de los cuidados

Preferencias al final de la vida

Lugar de muerte

R E S U M E N

Ante el hecho de que las preferencias de las personas muy mayores no son consideradas en la planificación sanitaria, se realiza una revisión de la literatura médica para aumentar su conocimiento.

Ellos piensan que la atención sanitaria que reciben es buena. Luchan por construir una relación de confianza, en la que el médico controle sus decisiones. Priman la calidad frente a la cantidad de vida, y dan importancia al bienestar y la seguridad. La mayoría expresa el deseo de ser cuidado y morir en casa. Pero cuando enferman de gravedad, quieren ser trasladados al hospital.

Se debe potenciar la planificación anticipada de los cuidados para satisfacer sus necesidades, a través de conversaciones repetidas centradas en los resultados y en los objetivos del paciente. Un sistema sanitario diseñado para el anciano muy mayor debe basarse en la flexibilidad y continuidad en los cuidados, de modo que favorezca la atención en el lugar elegido.

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Healthcare preferences of the very elderly: A review

A B S T R A C T

The preferences of the very elderly are not taken into account in healthcare planning. For this reason, a medical literature review was performed in order to fill the gap in appropriate information on this issue.

The majority of them think that they receive good healthcare. They favour building a trusting relationship, with the physician handling their decision-making. They also maximise their quality of life at the expense of quantity, and give great importance to comfort and safety. Most of them express the wish to be cared for and die at home. But when an acute event occurs, they want to be transferred to hospital.

More explicit communication must be encouraged between very elderly patients, providers, and families to meet their subjective needs, through on-going discussions, focused on expected outcomes and patient care goals. A healthcare system designed to look after them should be based on individual and flexible care, with coordination between healthcare services. Such a healthcare system could enable a growing number of them to die in their preferred conditions.

© 2016 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Aged, 80 and over

Clinical ethics

Advanced care planning

End-of-life preferences

Place of death

Introducción

Cada vez es más evidente que atender al paciente anciano en función de sus preferencias mejora la calidad de la asistencia¹, como un indicador de resultado útil en los cuidados paliativos². Las personas mayores que al final de la vida las comparten con los familiares o profesionales sanitarios tienen menos ansiedad, más sensación de control y desarrollan más habilidad para influir en su cuidado médico³. Además, conocerlas ayudaría a desarrollar

programas específicos que mejoren su ubicación al final de la vida⁴. También permitiría desarrollar modelos de atención centrados en las necesidades esenciales, específicas de nuestra condición de personas, especialmente en situación de vulnerabilidad (dignidad, espiritualidad, esperanza, autonomía y afecto)⁵. Sin embargo, a pesar de su trascendencia, las preferencias del anciano no se suelen contemplar, ni en su atención sanitaria ni en la planificación de servicios^{6,7}. La información disponible es escasa, sobre todo en las personas muy mayores, habitualmente excluidas de los estudios de investigación⁸⁻¹⁰.

El objetivo de esta revisión es contribuir al conocimiento de las preferencias de estas personas sobre la atención sanitaria, con la

Correo electrónico: juanherrera@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.08.002>

0211-139X/© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

aspiración de mejorar los resultados en salud y la planificación de los sistemas sanitarios, con su participación activa. La información se ha obtenido de los escasos estudios realizados exclusivamente en población muy anciana, así como de aquellos que incluyen a mayores de 85 años, mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library Plus e Índice Médico Español. Una de las aportaciones fundamentales de este trabajo es contribuir a aportar luz sobre un tema que no presenta estudios realizados en nuestro entorno.

Dificultades en el reconocimiento de las preferencias

Según las personas envejecen, aumenta el contacto con los profesionales sanitarios, lo que indica que al agravarse la enfermedad se incrementan los esfuerzos para buscar asistencia sanitaria¹¹. Sin embargo, las conversaciones con ellos sobre la toma de decisiones al final de la vida se producen con poca frecuencia, antes y después de la hospitalización^{3,12,13}. Una revisión sistemática reciente¹⁴ recoge que las barreras más importantes por parte del paciente para desarrollarlas son el rechazo de la familia, la expectativa pasiva de que otros decidirán por ellos, y la incertidumbre sobre el declinar futuro, basado en alguna de las trayectorias previsibles al final de la vida (fig. 1)¹⁵. Por otro lado, los profesionales sanitarios también muestran diferentes barreras para iniciar las conversaciones con sus pacientes, entre las que destacan el desconocimiento de la planificación anticipada de los cuidados, la escasez de tiempo, la carencia de habilidades de comunicación, los condicionamientos culturales, emocionales o ideológicos, o el miedo a crear un «duelo anticipatorio»¹⁶. Un argumento esgrimido para no explorar las preferencias de los ancianos es que es difícil obtener largas entrevistas en pacientes muy mayores¹⁷. Pero se ha observado que explorar temas relacionados con la muerte mediante entrevistas no es especialmente estresante, y puede ser incluso útil para muchos pacientes moribundos o sus cuidadores¹⁸.

De todos modos, aunque exista, la comunicación médico-paciente es muchas veces ineficaz. Una proporción significativa de los ancianos no comprenden adecuadamente las opciones al final de la vida por un déficit sutil conocido como «analfabetismo en salud». Se define como la ausencia de habilidades (lectura básica, operaciones numéricas) requeridas para funcionar en el ambiente sanitario¹⁹. Es especialmente prevalente entre los varones mayores de 60 años con bajo nivel educativo, y provoca grandes dificultades para valorar los riesgos y beneficios del tratamiento. Se asocia a niveles de salud percibida más bajos, con peor control, por lo que utilizan con mayor frecuencia los servicios sanitarios y recurren menos a servicios preventivos.

Aun cuando los ancianos sienten que es importante compartir sus pensamientos sobre el final de la vida con sus familiares, tampoco lo hacen con frecuencia²⁰. Pueden pensar que la familia no será capaz de enfrentarse a estas discusiones²¹, o bien algunas familias quieren evitar una previsible angustia para la persona mayor, mediante la «conspiración de silencio»²².

Valores en salud sobre los que se asientan sus preferencias

Las preferencias sobre la atención sanitaria descansan sobre valores y experiencias personales, que configuran la forma específica de entender el mundo de cada uno. La mayoría de los ancianos muy mayores a quienes se ha consultado saben explicitar sus valores en salud²³. No hay motivos apriorísticos para dudar de su capacidad de elegir de forma autónoma, siempre que se cumplan una serie de elementos normativos, como el haber recibido información suficiente y comprensible, dentro de un proceso comunicativo continuo, en el que el paciente toma una decisión en un

Tabla 1

Valores en salud de las personas muy mayores

Control de síntomas y dolor (bienestar físico) ²⁵
Mínima cantidad de dependencia física y mental ⁹
Sin sentimientos de ser una carga ⁹
Confianza y buena comunicación con el médico ²⁶
Estar rodeado de familia y amigos ²⁷
Conflictos personales y los negocios resueltos ⁹
Ser tratado como una «persona completa», completar el ciclo vital ⁸
Sensación de control sobre la toma de decisiones ^{9,28}
Decisiones de acuerdo con las preferencias personales y de la familia ²⁵
Conocimiento claro de la proximidad de la muerte ²⁹
Poder preparar la muerte ⁹

proceso libre, sin coacción ni manipulación²⁴. Los valores que preconiza la persona muy mayor se resumen en la tabla 1^{8,9,25-29}.

Estudios realizados en personas mayores de 85 años informan de que valoran su salud como buena o muy buena, a pesar de la alta prevalencia de enfermedad y discapacidad³⁰. Rebajar las expectativas respecto a envejecer, y la espiritualidad, entendida como «la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado»⁵, ayudan al afrontamiento de la discapacidad en la vejez. Lo cual es esencial, porque les hace más proclives a realizar conductas preventivas, como hacerse un examen físico completo cada 3 años, practicar ejercicio y una dieta equilibrada, mantener el peso deseado, usar el cinturón de seguridad, limitar el consumo de alcohol y tabaco, y seguir las prescripciones terapéuticas³¹. En cambio, los pacientes con bajas expectativas sobre el envejecimiento pueden buscar menos atención sanitaria³². Los sentimientos de ser una carga para otros, igualmente, se han identificado como un factor relevante en la toma de decisiones clínicas, como la elección del lugar de fallecimiento o la aceptación del tratamiento⁹. En cualquier caso, la calidad de vida relacionada con la salud se reduce en el último año de vida en mayores de 75 años, sobre todo por el aumento de ingresos hospitalarios y el número de quejas somáticas³³.

La proximidad temporal de la muerte hace de los ancianos un grupo con más conciencia de finitud¹⁰, con aceptación del final de la vida como algo inevitable^{9,13}. La visión positiva del futuro inmediato tiene que ver con la vida del día a día, en el que no se debe planificar porque son «materias de dominio de Dios»^{13,34}. En cambio, un motivo frecuente por el que rehúyen hablar sobre la muerte es el miedo a morir, por temor a recibir tratamientos que prolonguen la agonía, o a que se nieguen tratamientos de soporte por la edad^{8,35}. Por otro lado, los sentimientos negativos asociados a la vejez facilitan que algunas personas mayores deseen la muerte, por el sufrimiento y la pérdida funcional que conlleva³⁶.

La mayoría de las personas mayores reúnen un buen concepto de la atención que reciben, tanto de los profesionales como de las instituciones sanitarias³⁷. Los mayores de 65 años expresan, además, niveles más elevados de satisfacción con los servicios sanitarios que los jóvenes, y no se observa que se vuelvan más críticos en las últimas décadas³⁸. Es probable que se sientan «afortunados» con respecto a sus padres, porque tienen acceso a más tecnología que en épocas anteriores, con un trato mejor al que «merecen»³⁴.

Preferencias en salud (tabla 2)^{3,39,40}

Intensidad del tratamiento

Según algunos estudios, la mayoría de los ancianos tomarían la decisión de seguir viviendo, incluso si tienen una enfermedad terminal u otra enfermedad crónica que reduzca su calidad de vida^{34,36,41}. Los que prefieren mantener la vida a cualquier precio suelen ser personas de raza negra, de menor estatus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5043859>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5043859>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)