

ATENCION MEDICA EN LA EDAD AVANZADA Y/ O EN EL FINAL DE LA VIDA EN URUGUAY

DOCUMENTO PRELIMINAR DEL GRUPO ZONA 16-15-3

CONVENCION MEDICA NACIONAL AGOSTO-2004

1-DESCRIPCION DE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES

En los últimos años, como consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos de la medicina, se ha producido en URUGUAY como en otros países de Latinoamérica (Cuba, Chile, Argentina), un aumento del número de personas que alcanzan la edad de la esperanza de vida prevista para su sexo, con el consiguiente incremento del número de personas con enfermedades crónicas e incurables. Son muchas las enfermedades que pueden ser causa de sufrimiento al final de la vida. Este fenómeno comenzó hace varias décadas y tiene su máxima expresión en la actualidad. El número de mayores de 65 años, es actualmente del 14% de la población, Entre esta población un 10% presenta enfermedades crónicas evolutivas, muchas veces asociadas. Los trastornos como la demencia alcanzan a más del 10% y además, entre el 30 y el 40% de ésta población tiene algún tipo de dificultad o limitación en sus actividades cotidianas. No obstante, el 62% de los egresos hospitalarios de los pacientes de 60 y más años es por causa cardiovascular. El resto se distribuye entre los tumores malignos la Neumopatía aguda y las fractura de cadera, de modo que este grupo etario requiere internación por enfermedades graves la mayor parte de las veces rehabilitables, y no por vejez o dependencia. En cuanto a la atención en domicilio, en nuestro país se han producido cambios sociales, económicos, (emigración, duplicación de la pobreza, desocupación, aumento de las familias monoparentales), y de valores, que han afectado a la estructura familiar y su papel tradicional en el cuidado de las personas enfermas.

Tabla I: Aspectos Poblacionales De La Tercera Edad En El Uruguay.

<i>Edad</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje</i>
50-60	305.714	9.66
60-70	279.732	8.84
70-80	181.082	5.72
80 +	88.120	2.78
Total	854.649	27

Tabla II

Números de egresos por enf. cardiovasculares
según grupos de edades seleccionadas
Todos los centros, Uruguay 2000

	Frecuencia	Porcentaje
Total	464	100,0
Hasta 14 años	7	1,5
15 a 29 años	17	3,7
30 a 44 años	29	6,3
45 a 59 años	120	25,9
60 y más años	291	62,7

Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular

Tabla III



Comision Honoraria de Salud Cardiovascular

La distribución entre los egresos por causa cardiovascular según grupos de edades seleccionados muestra una frecuencia acumulada de (11.4 %) hasta los 44 años, luego un elevado predominio de las edades mayores de 45 años que acumulan el (88.6%) y particularmente el que corresponde al grupo mayor de 60 años (62.7%). Existe un incremento importante de la internación por patología cardiovascular en los adultos mayores

Tabla IV Mortalidad global y por enfermedades cardiovasculares

Uruguay	Total	Masculino	Femenino
N° Defunciones todas las causas	32382	17329	15053
N° Def. por Enf. Cardiovasculares	10878	5210	2668
Población (Proy. POB. INE)	3302843	1600369	1700369
T.B.M. de Mortalidad	9.8	10.8	8.9
T.B.M. de Mortalidad por Enf. Card.	329.4	325.6	332.9
T.A.M. de Mortalidad por Enf. Card.	169.4	215.4	132.8
T. ESP. de Mort. por Enf. Isquémica	100.7	116.8	85.6
T. ESP. de Mort. por Enf. Cerebrovascular	109.8	98.2	120.7
T. ESP. de Mortalidad de 60 a 64 años	445.8	623.7	292.3
T. ESP. de Mortalidad de 65 a 69 años	736.4	1039.3	492.3
AVPP por E.C.	41734		

Comisión honoraria de Salud cardiovascular

Tabla V: COMISION HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL
CANCER

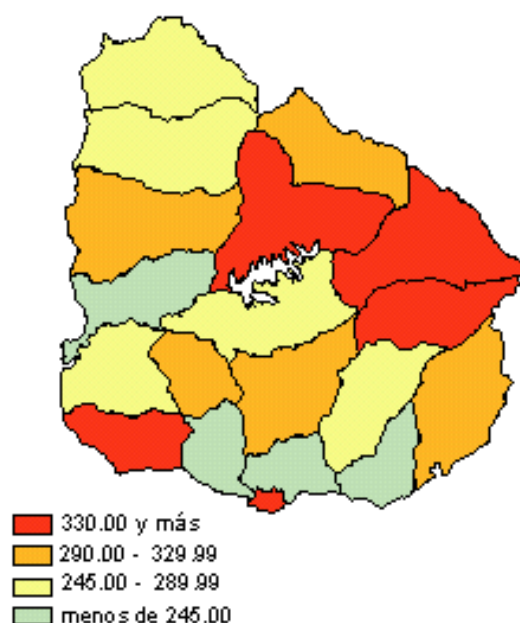
INCIDENCIA DEL CANCER - URUGUAY 1996 - 1997

TODAS LAS LOCALIZACIONES - HOMBRES

TASAS POR 100.000 POR DEPARTAMENTOS

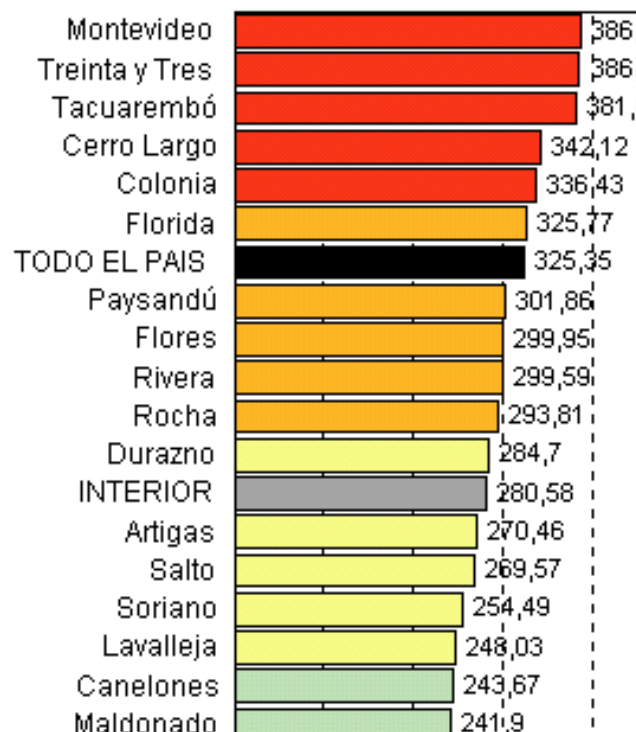
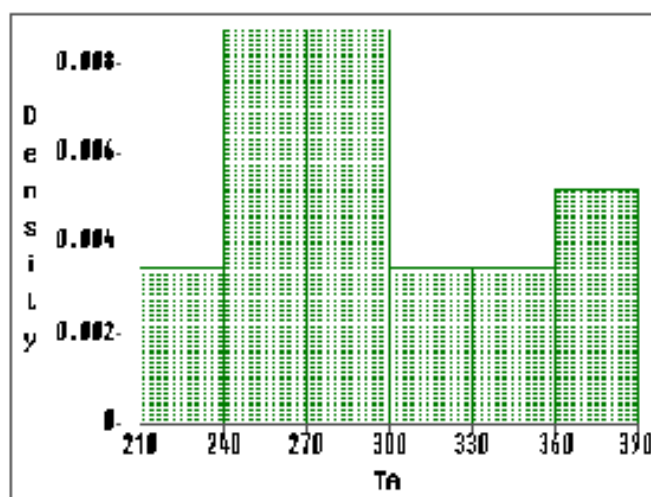
DISTRIBUCION POR DEPARTAMENTOS Y POR GRUPOS ETARIOS

Departamento	Total	Tasa Ajustada	Tasa Bruta
Montevideo	6.802	386,68	541,20
Treinta y Tres	250	386,40	507,95
Tacuarembó	401	381,89	473,64
Cerro Largo	350	342,12	426,79
Colonia	620	336,43	518,95
Florida	331	325,77	492,63
TODO EL PAIS	13.506	325,35	439,54
Paysandú	462	301,86	404,32
Flores	111	299,95	444,60
Rivera	329	299,59	341,01
Rocha	297	293,81	425,04
Durazno	213	284,70	381,82
INTERIOR	6.704	280,58	369,17
Artigas	210	270,46	280,12
Salto	367	269,57	316,87
Soriano	305	254,49	375,49
Lavalleja	239	248,03	391,01
Canelones	1.386	243,67	313,63
Maldonado	369	241,90	286,23
San José	315	227,30	323,81
Río Negro	159	227,18	298,57



Edades	Nº
0-4	14
5-9	20
10-14	26
15-19	49
20-24	77
25-29	73
30-34	125
35-39	159
40-44	306
45-49	460
50-54	738
55-59	1.199
60-64	1.741
65-69	2.223
70-74	2.228
75-79	1.884
80-84	1.196
85 y más	965
Sin edad	23
Total	13.506
Tasa aj.	
Tasa cr.	

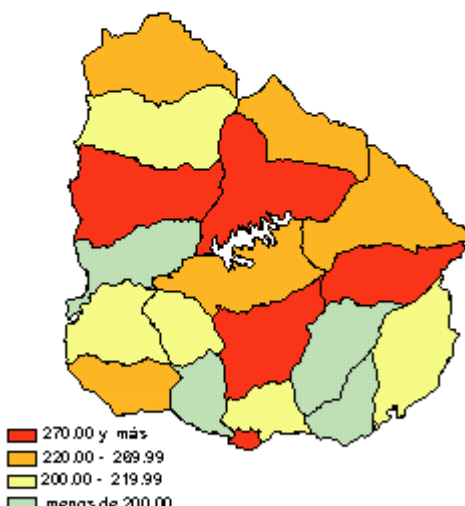
Distribución de las Tasas Ajustadas



INCIDENCIA DEL CANCER - URUGUAY 1996 - 1997
TODAS LAS LOCALIZACIONES - MUJERES
 TASAS POR 100.000 POR DEPARTAMENTOS

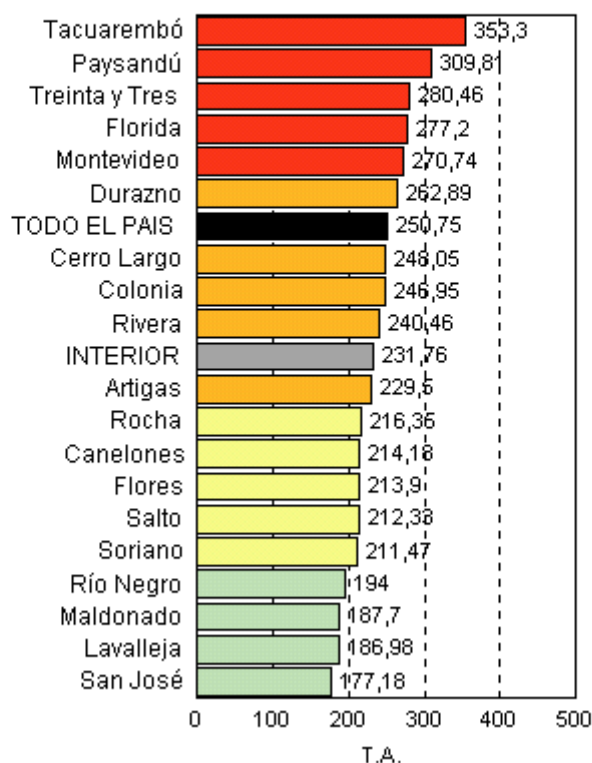
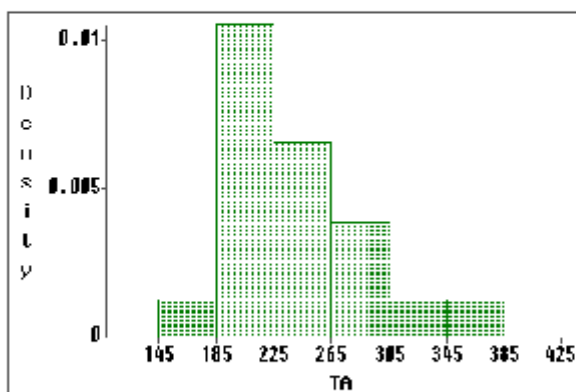
DISTRIBUCION POR DEPARTAMENTOS Y POR GRUPOS ETARIOS

Departamento	Total	Tasa Ajustada	Tasa Bruta
Tacuarembó	366	353,30	429,00
Paysandú	461	309,81	402,79
Treinta y Tres	208	280,46	415,72
Florida	284	277,20	431,36
Montevideo	6.635	270,74	462,10
Durazno	191	262,89	342,90
TODO EL PAIS	12.482	250,75	381,26
Cerro Largo	276	246,05	330,88
Colonia	501	246,95	411,68
Rivera	313	240,46	308,92
INTERIOR	5.847	231,76	318,11
Artigas	187	229,50	247,02
Rocha	227	216,35	319,48
Canelones	1.322	214,18	292,90
Flores	78	213,90	310,47
Salto	317	212,33	263,71
Soriano	239	211,47	291,13
Río Negro	121	194,00	239,90
Maldonado	329	187,70	254,83
Lavalleja	181	186,98	296,61
San José	266	177,18	264,83



Edades	Nº	Tasa Ajustada
0-4	17	6,41
5-9	23	8,80
10-14	22	8,53
15-19	36	13,98
20-24	74	30,41
25-29	128	58,50
30-34	248	111,79
35-39	367	168,86
40-44	603	304,87
45-49	734	413,43
50-54	887	544,16
55-59	1.025	661,75
60-64	1.269	820,03
65-69	1.567	1.039,00
70-74	1.545	1.275,70
75-79	1.467	1.605,70
80-84	1.243	1.894,30
85 y más	1.198	2.268,00
Sin edad	29	
Total	12.482	
Tasa aj.		250,75
Tasa cr.		381,26

Distribución de las Tasas Ajustadas



Entre los años 1998 y 2000 el subgrupo de población que más creció fue el de mayores de 80 años. Junto con ello aumentó la incidencia de demencias con el consecutivo problema sociosanitario.

El total de ancianos que se ven afectados por alguna de las formas de demencia llega a 139000, esto es 4,3% de la población : 3163 763 habitantes

I. Características de la situación

Las fases más avanzadas y terminales de la mayor parte de enfermedades crónicas evolutivas, comparten múltiples aspectos, generadores de sufrimiento, tanto físico como emocional, que también afecta a las familias. Entre los síntomas físicos, el dolor es un paradigma ya que afecta aproximadamente al 70% de estos enfermos. Estas situaciones generan un gran impacto en la calidad de vida y una gran necesidad y demanda de atención y apoyo.

II. Objetivos de la atención en las fases avanzadas y terminales

Es muy importante una definición clara de los objetivos que deben enmarcar actuaciones asistenciales y evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente.

Los *principios y objetivos fundamentales* de la atención son los de promover la máxima calidad de vida, dignidad, y autonomía de los enfermos, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, considerando al enfermo y su familia como una unidad a tratar. Ello requiere la adaptación de nuestra organización asistencial a estas necesidades.

En el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances espectaculares. El mejor uso de la morfina y de otros opioides potentes, de reciente aparición, así como de otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los enfermos.

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad.

Sin olvidar el papel destacado del médico como referente, debemos promover y practicar el trabajo en equipo interdisciplinario y la cooperación entre los distintos profesionales y niveles de atención, así como la participación

social a través del voluntariado, como una manera de responder a las necesidades muy complejas y cambiantes.

La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser adoptada como el método de trabajo cotidiano que permite resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida.

Los objetivos de la atención médica al final de la vida, centrados en su calidad y dignidad, deben evitar tanto su prolongación innecesaria como su acortamiento deliberado. La petición individual o social de la eutanasia y el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención y suelen desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos.

III. Propuestas

La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias y sociales. Se recomienda no establecer por la vejez la falsa oposición entre curar y cuidar. La indicación de medicina altamente especializada en el adulto mayor debe ser evaluada en forma interdisciplinaria, teniendo la autonomía del enfermo y/o quien lo representa

Proponemos el desarrollo de programas y servicios de cuidados paliativos, que asistan las distintas etapas de complejidad, hospitalarios, domiciliarios, policlínica, de terapéutica del dolor, de servicios y programas sociosanitarios, dedicados a crear y organizar redes de apoyo y voluntariado para el enfermo deficitario en recursos, y finalmente de comités de ética, como la mejor manera de responder adecuadamente las necesidades y demandas crecientes de atención. Además, todos los recursos del sistema (hospitales, atención primaria, centros sociosanitarios y residenciales) deben adaptar gradualmente su organización a la presencia de enfermos avanzados.

Los médicos deben recibir formación de pregrado, postgrado y continuada que les capacite para atender a enfermos en fases avanzada y terminal, tanto en el control de síntomas como en los principios de la comunicación, el apoyo emocional y la ética clínica.

El desarrollo y la práctica de éstos principios representan la síntesis entre la mejor tradición humanística y humanitaria de

la medicina con todos los avances científicos que han permitido mejorar la calidad de vida y la dignidad de nuestros enfermos. Los objetivos de curar y de cuidar deben ser promovidos con la misma energía y convicción. Además, son un estímulo para introducir valores positivos en los debates más actuales de nuestra sociedad.