

Consideraciones bioético-sociales en pacientes geriátricos y ancianos frágiles

Bioethic and social considerations on geriatric patients and fragile elderlies

Raúl Padrón Chacón

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Bioética. Profesor Titular de Medicina Interna. Profesor Consultante. Hospital Docente Clínicoquirúrgico "General Freyre de Andrade". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se procedió a la revisión de fuentes bibliográficas relacionadas, no solo con el estado actual del envejecimiento en otras latitudes, sino también en Cuba, así como consideraciones bioético-sociales en pacientes de la tercera edad en estado terminal. Se enfatizó en el concepto de estado vegetativo persistente y muerte encefálica aplicado en nuestro país, al igual que los dilemas que existen desde el punto de vista ético entre unos y otros cuidados actualmente. Los cuidados paliativos al geronto-geriátrico, los dilemas y su aplicación a ancianos frágiles constituyen la motivación de este trabajo.

Palabras clave: Adulto mayor, gerontología, geriatría, bioética, disfunción familiar, equipo gerontológico, autoestima.

ABSTRACT

The bibliographical sources related not only with the present state of aging in other latitudes, but also in Cuba, as well some bioethical and social considerations on elderly patients at the terminal stage of life were reviewed. Emphasis was made on the concept of persistent vegetative state and encephalic death applied in our country, and on the dilemmas existing from the ethical point of view between one care and the other at present. The palliative care of the elderly, the dilemmas and their application to fragile elderlies are the motivation of this work.

Key words: Older adult, gerontology, geriatrics, bioethics, family dysfunction, gerontologist team, self-esteem.

INTRODUCCIÓN

Aunque el objetivo de la medicina como premisa fundamental radica en preservar la vida, en múltiples ocasiones es vencida por la naturaleza, quien tiene a su cargo el final de la existencia, y que infelizmente, a pesar de todo tipo de esfuerzo que el hombre realiza, en un determinado instante es infalible no obstante la más novedosa y desarrollada tecnología y ciencia, que impide que la raza humana perdure más años.

Un aspecto fundamental que caracteriza a algunas de las enfermedades del paciente de la tercera edad es su irreversibilidad y empeoramiento progresivo. Las actitudes dirigidas a la prevención de su desarrollo o de las complicaciones secundarias a la propia afección o a otras concomitantes, son fundamentales o extremadamente útiles. Las enfermedades que padece el anciano son de expresión clínica tardía, por lo que muchas de ellas llevan al paciente, entre otros aspectos, a la pérdida de su autoestima, a estados de medicina paliativa, y en última instancia, a enfermedad terminal.^{1,2}

DESARROLLO

El nombre gerontología deriva del griego *geronto* (viejo) y *logias* (tratado). Es considerada hoy día la geriatría como la rama de la medicina que estudia los procesos patológicos que afectan al adulto mayor, con las mismas consecuencias y repercusiones de la gerontología, mientras que esta última, también rama de la medicina, tiene a su cargo el estudio del proceso de envejecimiento, sus consecuencias y repercusiones biopsicosociales.

El envejecimiento desde el punto de vista demográfico, está relacionado con el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con respecto al resto de la población.^{2,3}

El equipo gerontológico es el grupo comunitario insertado en el Programa de Atención al Adulto Mayor, cuya función es crear alternativas que permitan conocer las necesidades individuales y colectivas del adulto mayor, buscándole soluciones a nivel comunitario, utilizando la estructura sociopolítica, el Sistema Nacional de Salud y las organizaciones del adulto mayor, contando para ello con un Médico de Familia especialista en Medicina General Integral, entrenado o diplomado en el trabajo con el adulto mayor, una enfermera licenciada, un psicólogo y un trabajador social, todos con el adiestramiento adecuado.⁴

Algunos datos demográficos del envejecimiento poblacional

Uno de los fenómenos más preocupantes a escala mundial lo constituye hoy día el envejecimiento poblacional, sin estar presente entre los problemas económicos y sociales que gravitan en la vida cotidiana de los ciudadanos. Según la OMS, se planteó que en el año 1982 la población mundial se triplicaría en los 75 años, lo cual constituye un hecho consumado. La ONU señaló que el número de personas mayores de 60 años se multiplicaría por 5, y los mayores de 80 años por 7, lo cual significa que para el año 2025 tendremos un adulto mayor por cada 7 personas.

En nuestro país la esperanza de vida hoy día es de 77 años. El cuadro demográfico de la nación indica un sostenido crecimiento del número de personas con 60 años o más, que representan actualmente un 16 % del total de la población, pero llegarán al 26 % en el 2025, en contraposición con la proporción de habitantes de 0 a 14 años que disminuye cada vez más.^{5,6}

Los continentes también exhiben cifras de su envejecimiento a tener en cuenta:

Asia del Norte ——— 109 millones de adultos mayores.
Asia del Sur ————— 82 millones de adultos mayores.
Europa (sin las ex repúblicas soviéticas) — 74 millones de adultos mayores.
Ex repúblicas soviéticas ———37 millones de adultos mayores.
América Latina ——— 28 millones de adultos mayores.

Si observamos esos datos, observamos que la suma poblacional de los datos anteriores totaliza 330 millones de adultos mayores.

Estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, indican que Cuba y Barbados serán los países más envejecidos de América Latina y el Caribe en la perspectiva inmediata, mientras que para el año 2050, si no hay modificaciones en el marcado descenso de la fecundidad, Cuba estaría entre los 11 países más envejecidos del mundo, ya que presenta actualmente la más baja tasa de natalidad de América Latina, y su población de adultos mayores está integrada por 1,8 millones.^{5,7}

Aunque el envejecimiento es una temática que siempre ha fascinado a la humanidad desde *Cicerón (De Senectude)* a *Simona de Beauvoir (Le Vieillesse)* no cabe la menor duda de que este campo ha sido uno de los más descuidados por la biología. Sin embargo, como proceso irreversible, nada escapa de él, todo lo existente envejece, incluso las ideas. El binomio *edad y cambios* son indisolubles, y constituyen la superficie corporal el escenario donde se desarrollan estas transformaciones, al extremo de ocasionar pérdidas de la vida cognoscitivas, afectivas y conativas. Para envejecer satisfactoriamente hay que reconocer ciertos elementos: los puntos frágiles, las limitaciones, los riesgos, etc., llevar a cabo algunas alternativas que hagan más placentero este proceso, con la percepción de un futuro realista, creíble y atractivo que pueda ser tan vago como un sueño, o tan real como una meta,⁷ sin dejar de tener en cuenta que la familia es la principal fuente de apoyo del adulto de edad avanzada.

Paciente terminal

El paciente con enfermedad terminal, con alto riesgo de muerte o con pronóstico de muerte inminente, es aquel que posee una enfermedad avanzada progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que presenta numerosos problemas o síntomas intensos que representan un gran impacto emocional para él mismo, sus familiares y el equipo terapéutico que le atiende, estando su situación relacionada implícita o

explícitamente con la presencia de la muerte y un pronóstico de vida inferior a 6 meses.⁸⁻¹⁰

En Cuba se considera que no es correcto homologar estado vegetativo persistente (EVP) con muerte encefálica, ya que en esta última se han perdido todas las funciones vitales del encéfalo (hemisferios cerebrales, tallo encefálico y cerebelo) y se ha demostrado científicamente que al perderse la actividad del sistema nervioso, no hay vida. A la diferencia de estos, los que permanecen en EVP, tienen estructuras del sistema nervioso tan importantes como son el tallo encefálico y el hipotálamo, que le permiten conservar sus funciones, lo que quiere decir que son pacientes que, no obstante el grave daño sufrido sobre este sistema, debe considerárseles vivos, con posibilidades objetivas anatómico-estructurales para ser recuperados (Zamora Marin R. Aspectos bioéticos del manejo del paciente en coma y en muerte encefálica. SIMPOSIUM: Degradación de conciencia. Palacio de las Convenciones. La Habana, Cuba, 2001; [1]:1-9).^{11,12}

Dilemas éticos y otros cuidados

Los dilemas que existen entre unos y otros cuidados desde el punto de vista ético son similares.

- El dilema entre el juicio del profesional y la autonomía del paciente.
- Entre el rol tradicional del médico y la autodeterminación del paciente.
- Entre la prolongación de la vida y su calidad.¹³

Objetivos específicos de los cuidados paliativos en pacientes gerontogeriatricos (OMS)

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal.
- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte, pero tampoco la posponga.
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

Estos objetivos corresponden a la concepción del así llamado *derecho a morir con dignidad*, no tanto como *derecho a morir*, sino como *derecho a una forma de morir*.¹⁴

Aspectos relacionados con el paciente en estado terminal y tercera edad

1. Saber que se está muriendo (en esta situación procurará resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones y otras similares, e incluso, despedirse de sus seres queridos).
2. Es necesario que el enfermo siga haciendo en cierto modo agente y no mero paciente (el paciente debe consentir las decisiones que se deben llevar a cabo sobre su persona).
3. Preservar la autonomía del paciente.

4. Mantener las relaciones familiares, sociales y profesionales dentro de un marco adecuado que lo permita.
5. Al enfermo se le debe facilitar el apoyo espiritual si lo desea, independiente de su credo o religión.
6. Hacer lo posible por proteger la pérdida de la imagen corporal.¹⁵⁻¹⁸

Dilemas en la aplicación de cuidados paliativos a ancianos frágiles

En lo que se refiere a la atención geriátrica de los recursos sociales y asistencia médica, se trata de una población de edad avanzada con pluripatología, dependencia funcional, con un abundante e importante por ciento de personas con deterioro cognitivo, además de todas las repercusiones sociales y emocionales que suponen estos estados de salud.

Pese a los conocimientos y a la experiencia adquirida, todavía hay dilemas y dificultades propias de la aplicación práctica de los cuidados paliativos en ancianos frágiles con enfermedades no neoplásicas. La presencia de pluripatología con múltiples síntomas que retrasan en diagnóstico de situación terminal, la dificultad de comunicación por la presencia de alteraciones de la comunicación y déficit cognitivos, la dificultad de ofrecer soporte por parte de los familiares (que suelen ser también pacientes geriátricos), o por la mayor preocupación por la dependencia que por la muerte, son características que condicionan la existencia de algunas dificultades o dilemas al aplicar un modelo de cuidados paliativos a los ancianos frágiles con enfermedades avanzadas no cancerosas. Algunas de estas dificultades son: la definición de enfermedad terminal no cancerosa, comunicar la información a los ancianos, el inicio de una nutrición artificial en pacientes con demencias, y las órdenes de no reanimación.^{17,19-24}

El gran reto de la geriatría consiste, más que en prolongar la vida, en que esta presente la mejor calidad posible hasta el momento de la muerte, es decir, aumentar cada vez más la proporción de las personas ancianas con vida independiente.^{11,21}

Valoración final

El interés y la importancia de llevar a cabo una revisión somera de algunos factores de riesgo en el adulto mayor, ha tenido como premisa fundamental la observación que hemos señalado antes, la baja tasa de natalidad, y el aumento poblacional de la tercera edad en nuestro país.

Los factores de riesgo en estas edades hacen efectos no deseados por mecanismos ya conocidos, pero el mal hábito de fumar, y la inadecuada nutrición por carencia de educación nutricional, los conlleva a padecer enfermedades como la obesidad, el sedentarismo, el estrés u otras.

Los factores bioético-sociales del adulto mayor se ponen en mayor evidencia en poblaciones carentes de recursos médicos y asistenciales, aspectos estos muy conocidos en países donde los gobernantes ignoran la salud y la educación de sus pueblos.

Otro aspecto a señalar es la contradicción entre el enorme desarrollo alcanzado en el recién pasado siglo evidenciado por las transnacionales de equipamiento médico, alimentos y medicamentos (en ocasiones con uso y abuso de ellos), que van en

detrimento de la salud, y a su vez, constituyen una agresión a la ética social donde se violan los principios fundamentales de la ética médica (*Beauchamp y Childress*, fundadores de los principios básicos de la bioética), olvidando que primero será siempre la beneficencia al ser humano.²²

Aplicar el método clínico como premisa fundamental y el mayor por ciento de los factores de riesgo tienden a disminuir considerablemente, lo cual se observa con la APS, escenario docente-educativo de ejemplo para el mundo: "Prevenir es mejor que curar".

Por todo ello, el anciano frágil constituye un reto para el equipo médico sanitario en el momento de abordar los cuidados paliativos. El médico debe estar capacitado para dar solución al gran dilema que se crea entre él, el paciente y la familia. Es importante respetar la autonomía del paciente, que debe estar consciente de las decisiones que se deben cumplir en su persona, así como integrar al tratamiento del paciente, sobre todo en niños y ancianos frágiles, los aspectos psicológicos y espirituales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scout AM, Krisky Boyd. Paliative care in chronic illness. *BMJ*. 2005;(330):611-2.
2. Resnik NM. Medicina geriátrica. En: Braunwald E. Eds. Harrison. 15 ed., Madrid: Mac Graw Hill; 2002.p.44-6.
3. Beltrán B, Carvajal A, Moreiras O. Factores nutricionales y de estilo de vida asociados a la supervivencia de personas de edad avanzada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología. Envejecimiento Saludable*. 1999;34(1 monog.):5-11.
4. Naciones Unidas. Una sociedad para todas las edades. Monografía. Asamblea mundial de Envejecimiento. Madrid, 8-12 Abril 2002. DPI/2264 (sin paginar).
5. Alfonso JC. Reto inaplazable para todos los cubanos. Centro Nacional de Estudios de Población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) En: Especial Granma, 6-IX-2006.p.4-5.
6. Aquiles Cruz R, González R. Enfermedad en los ancianos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p.65.
7. Fong Estrada JA. Envejecimiento. En: Consejos útiles para ancianos y sus familiares. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2006.p.15-7.
8. Nabal M, Porta J. Estimación de la supervivencia en cuidados paliativos: el valor de la impresión clínica. *Med Pal*. 2002;(330):611-2.
9. Angelo Brusco P. Curar y cuidar al enfermo. Suplemento. Centro Bioética Juan Pablo II. Cuadernos Enero-Febrero. 2008;(1):8-11.
10. Joane Lym. Serving patients who may die soon and their family. *JAMA*. 2001;(285):925-3.

11. Tablada Hodelin R. El neurocirujano ante el debate actual sobre muerte encefálica. En: Temas sobre maestrías-bioética. Juan Pablo II. 2006.p.1-15.
12. Coperias EM. Últimos descubrimientos para alargar la vida. Rev Muy Interesante. 2000; 18(3): 28-35.
13. García D. Los cuidados paliativos en la era de la Bioética. En: Ética de los confines de la vida. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho; 1998.p.249-55.
14. Arriola E, González R. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en fase terminal de cuidados paliativos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(4): 225-30.
15. Marik PE, Zaoaga CP. CPR in terminaly ill patients. Resuscitation. 2001; 49(1): 99-103.
16. Navarro Sánchez R, López Almazán C. Cuidados paliativos no oncológicos. Principios generales. Valencia: Cancillería de Sanidad; 2005.p.37-50.
17. Valderrabano F, Cofre R. Quality of live in end-stage renal disease patients. Am J Kidney. Dic 2001; 38(3): 443-64.
18. Araujo Yaselli M. Bioética en nutrición clínica. Ciencia y Sociedad. 2001; 26(1): 23-5.
19. Boada Rovira. Lo que cuestan las demencias. En: Martínez Lage MD, del Ser Quijano T, eds. Alzheimer 2004: la pragmática necesaria. Madrid: Lab. Andromaco; 2004.p.13-4.
20. Fracapani M. Limitaciones del tratamiento. Cuadernos del Programa Regional. Bioética No. 6. 1998. OPS/OMS.
21. Ilizástigui F. El método clínico. Muerte y resurrección. Rev Archivos del Ateneo. Juan C. García. 2000; 1(2): 85-9.
22. Jiménez Garrote JL. Aspectos éticos en la atención al paciente crítico. Rev Bioética. 2002; 3(3): 11-3.
23. Riley TR, Bati AM. Preventive strategies in chronic liver disease cirrosis. Am Physician. 2001; 64(10): 1735-40.
24. Gottlieb CF, Butter J. En of life care for elderly patients with heart failure. Clinics in Geriatric Medicine. 2001; 16(3): 663-75.

Recibido: 20 de marzo de 2008.

Aprobado: 2 de agosto de 2008.

Raúl Padrón Chacón. Calle Refugio # 258 altos, entre Crespo e Industria, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: rpadronch@infomed.sld.cu