

## ETICA EN GERIATRÍA

### I.- MEDICINA CONTEMPORANEA Y BIOETICA

En este siglo, como consecuencia del mejoramiento de la calidad de vida en muchos países y de los progresos científico-técnicos realizados por la medicina se ha producido un aumento muy significativo de la duración media de la vida. Esto ha llevado a un incremento del porcentaje de ancianos, causando a la sociedad una serie de problemas y desafíos médicos, sociales, económicos y hasta éticos que esperan ser resueltos con satisfacción.

Existe actualmente, un esfuerzo por integrar el análisis ético en la toma de decisiones clínicas. En opinión de la Unidad de Bioética de nuestra Universidad hay varios factores que han contribuido a que la dimensión ética, que normalmente poseen todos los actos médicos, esté planteándose como problema o como un dilema ético. Algunos de ellos son: a) el hecho que nuestra capacidad tecnológica para prolongar la vida progresa frecuentemente con mayor rapidez que nuestra sabiduría para conocer cómo y cuándo aplicarla; b) la búsqueda actual de una redefinición del rol del paciente en la toma de decisiones médicas, en particular el reconocimiento del derecho del paciente para definir algunos aspectos del tratamiento médico, y el rol del médico en la definición del mejor interés de su paciente; c) la existencia en la práctica clínica, ya sea de presiones para reducir los costos de la atención médica, o bien de situaciones de recursos limitados que obligan frecuentemente a decidir en base a consideraciones éticas la justa asignación de los mismos; d) la tendencia a hacer público, y eventualmente llevar a la justicia, la discusión de decisiones que tradicionalmente quedaba en el ámbito circunscrito al médico, a su paciente y a la familia.

### II.- CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL Y DEL MORIBUNDO

#### 1.- La vejez y la muerte:

Sabemos que la fecha de nuestra muerte nos es desconocida y que puede ocurrir a cualquier edad. Además sabemos que la vida es un proceso continuo, desde que nacemos estamos envejeciendo, por lo tanto no podemos considerar sólo a la vejez como la antesala de la muerte. Es así como envejecer no es el sinónimo de la muerte, de la que la actividad vital es el antídoto. Quien permanece curioso y entregado por vivir envejece normalmente.

Pero aunque “la vejez es siempre vida”, no es posible silenciar las relaciones entre el anciano y la muerte. Estas relaciones son complejas, cambiantes y angustiosas, pero se encuentran también a cualquiera edad frente al final falta. Mientras no es inminente la muerte, ella aparece como una noción abstracta que cada uno, viejo o no, ve acercarse con más o menos lucidez.

Es importante considerar que tanto la muerte como la enfermedad misma son vividas por cada paciente de modos muy diferentes y que varía mucho el modo como cada cual concibe su propia muerte.

## 2.- Sanar y cuidar:

La tradición médica siempre ha reconocido que su responsabilidad consiste en el cuidado y acompañamiento del enfermo y no sólo en asistirlo para que se mejore. El médico no es sólo aquel que sana, es también aquel que acompaña, comprende y cuida.

Ciertamente todo s necesitamos conocer más sobre el sufrimiento humano. Muchas cosas que vemos en el mundo son difíciles de reconciliar con nuestras creencias y no existe una explicación completa para el enigma del sufrimiento. No distinguir claramente las distintas responsabilidades del médico en el contexto del cuidado del paciente moribundo, puede llevarnos al error de confundir las exigencias éticas de un cuidado agudo, de uno crónico o final. En estos últimos ya la meta no es sanar, sino aliviar y ayudar a vivir del mejor modo posible hasta la muerte.

## 3.- Paciente terminal:

¿Cómo tratar lo terminal? ¿Acaso tratar es menos que curar? ¿Son todos los viejos irremediables?. Estas son algunas de las preguntas que nos deberíamos hacer y según sus respuestas se determinarán las actitudes más importantes con respecto a este tema. Sabemos que si un anciano está grave es porque está enfermo y no viejo. Entonces, ¿Quiénes NO son irremediables? . Los mal diagnosticados por el equipo de salud, son los confusos mentales, los incontinentes y otros que algunos llaman “seniles”, palabra que a los Geriatras nos ofende.

Por otro lado, sabemos que son pocas las enfermedades que curamos, incluso en los más jóvenes, además, muchas enfermedades del ser humano son irreversibles y se transforman en crónicas.

Cualquier persona, no importa su edad, tiene derecho a un proceso diagnóstico, y sólo cuando éste se ha hecho se podrá hablar de pronóstico y ofrecerle las posibilidades terapéuticas apropiadas. “Senilidad” no es un diagnóstico y por el contrario es un término despectivo y denigrante para esa persona, por lo que debería ser borrada de las fichas clínicas y del léxico médico. Nadie fallece simplemente por ser anciano, sino que por algún proceso patológico.

La noción de “paciente terminal” puede ser útil, siempre y cuando se le dé un contenido lo más preciso posible. Dentro de la dificultad que esto involucra, creemos que se debe evitar calificar de “terminal” a un enfermo, mientras no se tenga claridad razonable, al menos sobre los siguientes puntos:

- I) presencia de un proceso patológico de naturaleza conocida, de evolución progresiva, irreversible y con pronóstico de muerte;
- II) Inexistencia de toda medida con probabilidad terapéutica, incluyendo algunas en estado experimental;
- III) Inminencia de muerte (días, semanas, a lo más un par de meses).

## CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO

Sabemos que un porcentaje importante de los pacientes admitidos a una unidad de geriatría fallecen y que los principios generales de un buen manejo deberían ser similares intrahospitalarios o en su casa.

Distinguiremos con fines didácticos en tres rubros los cuidados que según nuestra experiencia clínica son fundamentales.

### a) Cuidado espiritual:

El anciano enfermo muchas veces sabe que la muerte es inevitable, pero no todos están “listos” para morir. Quienes han asistido a personas ancianas o moribundas saben que secreto espiritual se esconde en la intimidad de la conciencia bajo apariencias engañosas. La vejez no es el tiempo de la esterilidad espiritual; puede ser, por el contrario, el tiempo del nuevo nacimiento de sí mismo o del reencuentro con los otros y con Dios.

El equipo de salud debe estar atento e indagar con el paciente cuando es posible, o con sus familiares, sus convicciones religiosas y ofrecerle el acceso a la ayuda espiritual que corresponda. Por eso, el respeto a la vida hasta su último aliento obliga a los cuidadores, que parecen tener un poder especial sobre la vida de los demás, a hacer un acto de fe en el destino espiritual del enfermo o agonizante. El médico que alarga la existencia corporal puede creerse todopoderoso: ¿No le pertenece a él el “desconectar”, como se dice, para interrumpir el curso corporal de la vida? ¿En qué momento es legítimo - si lo es - hacerlo? ¿Puede el hombre convertirse en dueño supremo de la vida y de la muerte de otro?. En efecto, puede ser dueño de la muerte pero no de la vida. Es dueño de la muerte si le pertenece interrumpir la vida. Pero no es dueño de la vida cuando ayuda a prolongarla. El hombre puede matar; sólo Dios hace vivir. Pero cuando el hombre ayuda a vivir, le otorga una nueva oportunidad suplementaria de vivir en plenitud.

### b) Cuidado Psicológico

Todos los seres vivientes mueren, pero el ser humano es el único que llega a tomar conocimiento consciente de su muerte. Puede reflexionar sobre ella, y esto suele producirle molestia, angustia, miedo, sufrimiento y sensación de soledad.

Según los postulados de la Dra. Kübler –Ross hay por lo menos cinco fases psicológicas que se suceden luego que alguien se entera que pronto va a morir. Este proceso psicológico sería similar para todas las personas, al menos los que habitamos en el mundo occidental.

Dichas fases son: 1) Negación: es uno de los mecanismos de defensa frente al miedo y la ansiedad de la noticia. Normalmente dura poco tiempo. 2) Rabia: es la más difícil de manejar por el equipo de salud que atiende al paciente y a los familiares. Se necesita entender los conflictos, susceptibilidad y frustración del paciente y mantener una muy buena comunicación. 3) Regateo: quiere ganar más tiempo de vida y realiza promesas de buen comportamiento para con Dios y con la vida. 4) Depresión: es la respuesta a las pérdidas físicas o simbólicas del paciente y con frecuencia se acompaña de sentimientos de culpa o de vergüenza. Es quizás la más larga y dolorosa. 5) Aceptación:

deseará estar solo, ya no se encuentra deprimido ni rabioso. Aquí los familiares necesitan de toda la ayuda y comprensión.

Ayudar al enfermo requiere de diferentes modos de acercamiento, dependiendo de la fase que esté e idealmente de un equipo multidisciplinario interesado e informado sobre el tema, así se ayudará más eficazmente al paciente y a sus familiares.

### c) Cuidados prácticos

La asistencia médica debe trascender a la enfermedad y abarcar el hecho de morir. La medicina actual, tan tecnificada, muchas veces le insinúa fríamente al paciente desahuciado, de diferentes modos que “ya no hay nada más que hacer”. Por el contrario, la medicina, como se dijo, tiene que acompañar al hombre en todas sus etapas y debe saber como hacerlo. Una de las funciones que hoy menos se ejercitan es la de acompañar al enfermo a un buen morir.

Una serie de problemas prácticos contribuyen a un inadecuado manejo del paciente moribundo. Por un lado, la civilización actual tiende a ocultar en los hospitales al paciente llamado “terminal”, porque hay un cierto miedo colectivo a la muerte, no se habla sobre ella y menos aún sobre el cómo manejarse frente a esta situación. El equipo médico, por otro lado, muchas veces siente un fracaso al tratarlos. Por último, muchas veces los pacientes se sienten abandonados, inútiles y rechazados. Sienten soledad en compañía.

El equipo de salud debe saber cuándo cambiarse de una actitud “diagnóstica - investigativa - intencionada para curar” a otra igualmente importante la cual es “diagnóstica - fallecimiento - próximo cuidado”. Siempre se deben vigilar las necesidades reales del paciente y mantener una buena comunicación entre el equipo y los familiares. Si está claro que ocurrirá el fallecimiento, se debe efectuar una decisión activa de no administrar terapias inapropiadas o de resuscitación. Además se debe suspender lo que pueda molestar al paciente como: diuréticos, sondas, inyecciones intramusculares, fisioterapia, obligarlo a comer y otras que presionen inútilmente a la persona.

La asistencia al paciente moribundo se aprende con la experiencia clínica. Siempre se debe revisar la ficha médica, usar todas las medidas paliativas disponibles, planear una estrategia y mantener una buena comunicación. El médico es el primero en saber la situación real del paciente y muchas veces se pregunta cuándo enterarlo acerca de su futuro próximo. Aunque no hay reglas para ello y dependerá de cada caso particular, siempre es recomendable que responda claramente a las interrogantes del paciente y preguntarle qué desea saber acerca de su situación actual. Así, el paciente escoge lo que desea saber o le informen y, sobre todo, cuándo recibir dicha información. Con el tiempo, siempre se dan cuenta de que no tendrán recuperación y entienden su deterioro progresivo.

Una buena asistencia al paciente moribundo debe procurar:

- a) Escuchar cuidadosamente al paciente.
- b) Conversar con los familiares en privado.
- c) Efectuar las investigaciones apropiadas para planificar el tratamiento más adecuado.
- d) Siempre evaluar los riesgos versus beneficios de las acciones
- e) Aliviar los síntomas físicos: dolor, estitiquez y otros.
- f) Mantener una buena higiene del paciente.
- g) Tratar el insomnio y la angustia y/o depresión.
- h) Enseñar a la familia como ayudar, estableciendo una comunicación abierta con el equipo

de salud.

i) Anticiparse a los posibles problemas.

Con respecto al manejo del dolor debemos decir que la analgesia es un suplemento y no reemplaza a una buena atención de enfermería. Esto es, preocuparse de lograr una buena posición en la cama, no sentirse solo, calmar la ansiedad, entre otros. Debemos conocer algunos fármacos analgésicos y usarlos en las dosis apropiadas y no mezquinamente. Los pacientes, muchas veces, son víctimas pasivas que pierden la voluntad de vivir y temen a lo desconocido. Por ello, el equipo de salud debe establecer una comunicación abierta, verbal y no verbal, y estar disponible, saber escuchar y mantenerlo informado. La eficacia de un buen cuidado es más bien de humanidad que de técnica. Ayudando a un buen morir se puede aprender a vivir.

### III.- RACIOCINIO DE PROCEDIMIENTOS AGRESIVOS Y SELECTIVIDAD TECNOLOGIA COMPLETA.

En el cuidado de los pacientes de edad, los problemas legales y éticos aparecen con frecuencia y ofrecen un desafío para el médico. Los problemas más comunes son la evaluación de la competencia, determinar el rango de las posibilidades terapéuticas y anticiparse de buena forma a la muerte. Además de estos dilemas deberá mencionarse el control de los costos y el uso de recursos, sobre todo la cuestión de limitar o abstenerse del empleo de terapéuticas destinadas a mantener la vida de pacientes terminales. Estos problemas surgen cuando el médico, el paciente o sus familiares consideran que los tratamientos implementados no benefician al enfermo.

#### 1.- Proporcionalidad de las medidas terapéuticas

En general, la aproximación a los problemas éticos de los ancianos es similar a la empleada frente a los más jóvenes. El propósito de la atención médica es determinar cuál alternativa de tratamiento preservará una buena calidad de vida, de acuerdo con las perspectivas del paciente, creencias y metas de ese sujeto. Esto requiere, idealmente, información previa del paciente sobre sus preferencias para que las decisiones sean tomadas en conjunto.

Ha habido muchos avances terapéuticos y tecnológicos en los últimos años y algunos de ellos no han traído problemas. Como muchas veces ocurre, primero descubrimos cómo hacer algo y sólo después reconocemos sus razonables limitaciones. Un tratamiento que se usa para mantener la vida durante una fase aguda de una enfermedad rescatable o traumática, puede ser totalmente inapropiada para aquellos que están moribundos. A veces damos a los pacientes moribundos tratamientos inapropiados, que al equipo de salud le producen estrés, ya que se sienten prolongando la agonía. Ello ocurre, porque muchas veces la decisión de aplicarlos no fue adecuadamente meditada o ninguna persona estaba preparada para hacerse responsable.

Es así como la gran disponibilidad de nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas, su complejidad y su costo, plantean frecuentemente el difícil problema de discriminar, cuáles de esas medidas son éticamente obligatorias, cuáles son opcionales y cuáles, en relación a tal o cual paciente, simplemente no deberían ser usadas.

A continuación, se presentan textualmente los criterios propuestos por los Dres.: A. Serani y M. Lavados de la Unidad Bioética de nuestra Universidad. “Una orientación ética propuesta ha sido la de intentar discriminar, entre las medidas posibles, aquellas que resultan proporcionadas por comparación con otras cuyo empleo aparece claramente desproporcionado. Como corolario de este discernimiento se seguiría que el médico no estaría éticamente obligado a emplear las medidas preventivas, diagnósticas, rehabilitatorias o terapéuticas que sean juzgadas como desproporcionadas.

Es claro que no existen recetas o fórmulas para juzgar de modo deductivo la proporcionalidad de una acción médica, en un caso particular. Se trata efectivamente de un juicio prudencial. Existe consenso, sin embargo, sobre el hecho que ese juicio debe ser un juicio informado, recto y experimentado. Informado: es decir debe considerar en forma sistemática y objetiva una serie de elementos que detallaremos a continuación. Recto: debe ser efectuado con rectitud de intención. En la práctica, por alguien que dé garantías de tener una genuina preocupación por el bien del enfermo. Experimentado: debe tomar en cuenta la experiencia propia y ajena en casos semejantes.

## 2.- Criterios objetivos para el juicio de proporcionalidad

a) El primero de estos criterios, es la eficacia científico-técnica de la medida en cuestión. Punto difícil, pero que cuando logra precisarse tiene gran rendimiento. Debemos reconocer que los médicos tenemos grandes dificultades psicológicas para asumir hidalgamente que una medida médica, que muchos usan (y que uno ha usado y seguirá usando), en este caso, es completamente inútil, y hasta potencialmente perjudicial. Solemos tomar en un sentido demasiado material eso de que “hay que hacer algo por este enfermo”. Es justo reconocer que la actitud de los familiares no suele ayudar en este sentido, y que, en ocasiones, podría ser inclusive éticamente necesario, mantener una medida inútil pero inocua, si su suspensión pudiera ser interpretada, por los familiares o por el resto del equipo de salud, como desidia o falta de compromiso con el enfermo.

b) El sufrimiento psicológico y moral que deberá enfrentar el paciente, ya sea en términos de daños agudo o de secuelas, es otro de los elementos a tomar en consideración. Aquí el rol de la opinión actual del paciente o de su voluntad antecedente, es un factor determinante. El enfermo, ciertamente que no puede obligar al médico a realizar una acción u omisión ilícitas, pero tampoco el médico puede decidir por otro, sin causa justificada (urgencia, coma, paciente incompetente, etc.).

c) El costo económico de la medida. Este problema se plantea de modo diferente si la atención es en un servicio estatal que si lo es en una institución privada, pero siempre, en alguna medida, está presente, ya que los recursos materiales y humanos no son nunca ilimitados. Algunos plantean que el médico tratante, nunca debiera por sí mismo y ante sí mismo suspender una medida, solamente en base a consideraciones de tipo económico. Nos parece que se trata de una opinión juiciosa cuya implementación es necesario evaluar.

d) La carga psicológica, económica y moral para los que cuidan al enfermo –por lo general, la familia- es otro de los criterios objetivos a considerar. Este elemento, es determinante cuando se trata de pacientes incompetentes mentales, no autónomos en su vida diaria y/o económicamente dependientes. Una intervención médica que tenga como consecuencia

previsible, un estado de alta dependencia del paciente de la asistencia familiar, no puede ser decidida por el médico en ignorancia de la posibilidad real de asumir esa situación por parte de la familia o de la red de apoyo social.

e) La calidad de vida que se espera lograr con la medida en evaluación, es una cuestión de gran actualidad en la literatura médica, pero cuya aplicación se presta para grandes abusos. Creemos que, salvo casos extremos y netos como la muerte cerebral o el estado vegetativo persistente, la calidad de vida no debiera ser una consideración válida para que el médico tratante decida suspender una medida diagnóstica o terapéutica. Este juicio podría parecer exagerado, pero nos parece prudente dado el estado actual de los conocimientos médicos y de las investigaciones ético-clínicas. Mayor claridad en este punto es urgente sobre todo en la atención médica del recién nacido como en la de pacientes de edad avanzada”.

¿Quién debe decidir?

“Es claro que los responsables de la decisión médica, son a títulos diversos, el paciente, el médico y su familia. Cuando entre estos tres actores no existe discrepancia el problema no se plantea. La dificultad surge cuando esta discrepancia no sólo existe sino que se hace explícita. Estamos de acuerdo, en recordar que los deberes del médico se dirigen primariamente hacia el paciente y no hacia la familia, y que en relación al paciente, el médico debe siempre buscar la salud o el alivio de la enfermedad.

La experiencia clínica, sugiere que la familia solicita tratamientos agresivos por sentimientos de temor, angustia, y muy frecuentemente por sentimientos de culpabilidad. El médico debe estar atento a esto y explorar en los familiares la posible existencia de estas razones. Nuevamente la habilidad comunicacional surge como uno de los pilares en los que se funda una buena decisión.

La experiencia clínica, también sugiere que muchos pacientes que rechazan tratamiento o solicitan la eutanasia, son pacientes deprimidos, aislados, que han tenido una pobre comunicación con su médico tratante. No es raro, que tales demandas obedezcan a intentos subconscientes del paciente por captar la atención del médico. Este problema es particularmente importante frente al paciente terminal ya que el médico tiende a comunicarse poco con él debido al temor que le ocasiona el tema de la muerte próxima, o bien, porque el médico percibe que al establecer una dinámica de comunicación con su paciente, estará “obligado” a acompañarlo prestándole todo el apoyo afectivo que el paciente necesita”.