

Título: Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia. Algunos aspectos bioéticos en los adultos mayores.

Autores: Maria Julia Ceballos Alonso*, Gilberto de Jesus' Betancourt Betancourt **, Kenia María Suárez González ***.

* Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriátría.

** Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Especialista de 1er grado en Medicina Intensiva y Emergencias.

*** Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Residente de Geriátría y Gerontología.

Hospital Universitario "Manuel Ascunce Doménech". Ciudad de Camagüey

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

Summary:

Approach to the ethical problems that accompany to the human survival, specifically to the aspects related with the older patients and the approach of the death, related with the practice of the limitation of the therapeutic effort in the Units of Attention to the Serious Patient.

Key words: Intensive care, elderly, bioethics.

Resumen

Aproximación a los problemas éticos que acompañan a la supervivencia humana, específicamente a los aspectos relacionados con los adultos mayores y la aproximación de la muerte, relacionada con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Atención al Paciente Grave.

Palabras clave: Cuidados intensivos, adulto mayor, bioética.

Introducción.

Es nuestro objetivo con este trabajo una aproximación a los problemas éticos que acompañan a la supervivencia humana, específicamente a los aspectos relacionados con las personas mayores y la aproximación de la muerte, relacionada con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Atención al Paciente Grave.

La selección de este interesante y polémico tema está avalada en el reconocimiento de la relevancia de estos temas de actualidad permanente y un agudo interés por ellos mismos, lo cual animó a los autores a la redacción y publicación de este sencillo

artículo, en el se unen nuestra experiencia profesional y buena voluntad, con el objetivo de lograr la dignificación de las personas a quienes servimos.

A través de los varios años de trabajo ininterrumpido en la atención a los pacientes graves se ha estado en contacto, con frecuencia, con situaciones en los cuales ha sido necesaria la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico, siendo testigos también de como ha evolucionado la manera de abordar la solución de este delicado y debatido tema, que engloba aspectos morales, culturales, religiosos, éticos y filosóficos; y de como determinadas condicionantes socioculturales han contribuido a reflexionar con un mayor grado de científicidad y objetividad en un terreno bioético dentro del campo de la medicina.

El desarrollo social y los progresos en el campo de la Medicina han creado condiciones para que aumente la esperanza de vida del hombre, con buen estado de salud y capacidad de rendimiento. Entre los deberes humanitarios de la sociedad debe hacerse todo lo necesario por la realización de estas posibilidades. Configurar la vida de la vieja generación, atendiendo a criterios humanos, es una tarea de gran envergadura, la cual tiene que basarse en conocimientos científicos interdisciplinarios. La sociedad en su totalidad y sus instituciones crean las premisas para arribar a una edad avanzada disfrutando de salud e integración social; al mismo tiempo, el ciudadano tiene el deber de ayudar a realizar estos objetivos humanistas, apoyando personalmente los esfuerzos de la sociedad. Las personas que están envejeciendo y los ancianos pueden brindar su aporte a estos fines, siguiendo las reglas de un régimen de vida sano.

“El envejecimiento es un fenómeno universal, caracterizado por todas las modificaciones morfofisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen, como consecuencias de la acción del tiempo, sobre los seres vivos. En los seres humanos a este proceso de cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales, se le añaden las modificaciones sociales”. (1)

“Los adultos mayores se enmarcada a partir de los 60 años de edad, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ser la edad promedio de expectativa de vida en el mundo. Esta es una etapa donde la experiencia adquirida durante toda la vida puede llevar a la realización personal o a la marginación,

desesperanza y decepción. En esta etapa se ejerce la función de abuelos en el contexto familiar". (1)

Si bien el envejecimiento es un proceso primariamente biológico, no obstante, en el hombre no puede separarse de la vida social. En el transcurso de la vida del hombre también se producen paralelamente a estos cambios biológicos, cambios en la esfera social. La posición del individuo en la sociedad se modifica en el curso de su vida.

Al abordar el proceso de envejecimiento no basta hacer un enfoque biológico unilateral de los cambios que se producen con el transcurso de los años. La noción de "viejo" es relativa, y está sujeta a diferencias subjetivas: las personas viejas no tienen en modo algunos menos intereses y deseos de contacto que el resto de las personas no viejas. El medio social asigna a los integrantes de la vieja generación un sistema de normas de conducta; o sea se espera de una persona de edad avanzada una conducta muy definida, al mismo tiempo, se utilizan rasgos diferentes para clasificar a una persona como generación vieja, se parte tanto de fenómenos sociales como biológicos.

"Más importante que las alteraciones anátomo – morfológicas que se producen a su paso, son los cambios funcionales que se derivan de ellas y que hacen del anciano un ser más susceptible de sufrir ciertas enfermedades crónicas e infecciosas, que pueden poner su vida en peligro a la vez que deterioran la calidad de la misma", asegura la Dra. María Magdalena Rodríguez y col (2).

La actitud hacia el anciano ha reflejado, en todas las épocas de desarrollo de la sociedad humana, el carácter específico de las relaciones sociales. Sobre todo, las condiciones económicas estampan su sello en la generación, en plenitud de rendimiento, con la de los más viejos. En la actualidad, en la sociedad cubana ni el propio anciano se considera a sí mismo como un ser inactivo y carente de intereses sociales, ni nuestra sociedad y su medio cercano esperan de él una conducta así, todo lo contrario.

Si el anciano siente como algo positivo pertenecer a la vieja generación y ha creado una relación personal estrecha hacia la vejez, sus intereses y actividades se desarrollarán adecuadamente y aumentará la satisfacción con su situación en la vida. Una condición necesaria para esto es que la sociedad respete de manera

integral a la vejez y al anciano. Para eso es necesario que también se reconozcan las ventajas de la vejez y se establezca firmemente la posición de los ancianos.

En campos como la salud, se han producido cambios dados los avances en las ciencias lo que ha permitido que las concepciones acerca de la misma se hayan ampliado cada vez más hacia los aspectos sociales; la salud ha dejado de ser un fenómeno puramente biológico para concebirse como un fenómeno social, donde incluso lo biológico tiene manifestaciones sociales y se subordina a estos factores.

Es necesario señalar que la medicina se está ateniendo a una relación interdisciplinaria más amplia con otras ciencias y esferas del saber, sobre todo con las ciencias sociales cuya influencia es cada vez mayor dando lugar a cambios trascendentales que han logrado variar el enfoque biologicista ortodoxo que la había caracterizado siempre.

“Con la llamada revolución demográfica de los últimos 50 años, la población del planeta se ha modificado de manera tal que en las regiones desarrolladas el número de adultos mayores supera ya al de los niños. Actualmente, cada mes, un millón de personas alcanzan los setenta años de edad y el 80% de ellos viven en los llamados países en desarrollo, de lo cual se infiere que el envejecimiento poblacional no constituye un problema selectivo de países desarrollados puesto que lo que Europa logró en dos siglos, lo alcanzará América Latina en apenas 50 años. De esta forma, según las previsiones de la ONU, para el año 2050 el 22% de los habitantes del planeta serán ancianos lo cual significa que habrá 2,000 millones en lugar de los 600 que existen en la actualidad” (2).

En la Medicina se han desarrollado especialidades que conciernen en especial a problemas de la salud en los ancianos. La Gerontología estudia los cambios morfológicos y fundamentales que atraviesa el organismo en el curso de toda su vida. La Geriatria se ocupa especialmente de las enfermedades de la vejez y es, por tanto, un campo de muchas asignaturas clínicas. La Gerohigiene se ocupa de las relaciones objetivas entre el estado de salud y las condiciones ambientales de los ancianos y personas que están envejeciendo, desde el punto de vista de la profilaxis del envejecimiento prematuro y patológico. El surgimiento de la Bioética, como ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de salud, es una herramienta

inestimable que debe usarse convenientemente a la luz de los conocimientos actuales.

Adoptar decisiones médicas en pacientes hospitalizados, máxime si se encuentran en condiciones críticas, con peligro inminente de muerte, siempre plantea indisolublemente problemas clínicos y éticos, independientemente de la edad de los mismos. Obviamente no existe acto médico de ninguna clase y en cualquier especialidad, sin componente ético; pero los dilemas éticos que surgen en las Unidades de Atención al Paciente Grave y muy específicamente en las Terapias Intensivas, se intensifican enormemente; donde el médico intensivista está siempre urgido a tomar decisiones con mayor dramatismo y responsabilidad, por el empleo de maniobras y procedimientos invasivos, así como por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, la inmediatez con que es necesario actuar y las posibles complicaciones secundarias de su actuación.

Muchas reflexiones deberán hacer la dirección del centro hospitalario, los comité de ética y en general el colectivo médico de especialistas en las diferentes Unidades de Atención al Paciente Grave, cuando les toca decidir quién ocupará una cama en la Unidad de Cuidados Intensivos, en la Unidad de Cuidados Coronarios, en la Unidad de Cuidados Progresivos Geriátricos, o en el Cardiocentro para recibir una prótesis valvular o a quién ingresar en el plan de transplantes renales. Dentro de las posibilidades se trata de ser lo más justo posible.

La sociedad socialista como la nuestra, garantiza constitucionalmente no solo a los ancianos si no también a todos los ciudadanos cubanos, el derecho a la protección de su salud. A través de un sistema de salud totalmente gratuito, de acceso general y bien equipado, distribuido a todo lo largo y ancho de nuestro país, garantiza a todo ciudadano el mejor cuidado posible a su salud y el tratamiento de sus enfermedades. De esta manera se evidencia el hecho de que la salud de toda la población tiene el mayor interés para la sociedad. Nuestro sistema de salud dispone de recursos considerables, aunque indudablemente no son ilimitados. Por esta razón, los profesionales de la salud se esforzaran por usarlos de manera racional y conciente.

Si bien es cierto que, la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico permite en las Unidades de Atención al Paciente Grave y muy específicamente en las Unidades de Terapia Intensiva, lograr el uso racional y la más adecuada utilización de los

recursos materiales disponibles, así como de los medios destinados a la atención de los pacientes graves y en estado crítico; la escasez de recursos en el país, no debe bastar para fundamentar las decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico. Esta como decisión individual no se fundamenta ni tiene que ver con la disminución de los costos, sino con el respeto a la dignidad del paciente (3), con el derecho a tener una muerte digna y los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

“La Limitación del esfuerzo terapéutico no es una decisión única que se toma o se rechaza en bloque, sino un conjunto de decisiones dinámicas y evolutivas que se deben tomar para lograr una muerte digna, cada una de las cuales debe de fundamentarse razonablemente” (4).

Desarrollo.

Estamos convencidos de que las Unidades de Atención al Paciente Grave y muy específicamente las Unidades de Cuidados Intensivos, no deben convertirse bajo ningún concepto en el lugar donde deban ir a morir necesariamente todos los pacientes graves o en estadio terminal. Las Unidades de Cuidados Intensivos son unidades destinadas para el ingreso de aquellos pacientes con patologías agudas potencialmente reversibles o con agudizaciones o interurrencias reversibles de patologías crónicas, que requieran para su mejor atención médica del complejo y costoso equipamiento y aparataje con la que se encuentran habilitadas este tipo de unidades.

Sin embargo, algunos autores señalan en sus artículos que un considerable número de las camas de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son ocupadas por los ancianos, lo cual origina altos costos y resultados dudosos; fenómeno que ha llevado a plantear a algunos administradores de salud que los soportes vitales para los senescentes deberían limitarse, a fin de poder reservar dichos recursos para otros casos (5); y por tales razones, muchos toman en cuenta la edad para decidir la admisión o no de un paciente críticamente enfermo en una Unidad de Cuidados Intensivos (6).

Este no es el caso de nuestro centro, el cual al igual que en muchos del resto de los hospitales de nuestro país, consta con una Unidad de Cuidados Coronarios de tipo monovalente, de una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM), dotadas de un elevado desarrollo tecnológico, y de una Unidad de Cuidados Progresivos Geriátricos para la atención especializada de los pacientes graves de la tercera edad, donde ingresan un porcentaje elevado de estos ancianos, en dependencia de su patología y gravedad, pero nunca de su edad.

En ningún momento podemos ser discriminatorios con las personas de más edad, muchas de las cuales han ocupado con anterioridad determinadas posiciones relevantes en la construcción de la nueva sociedad, por lo contrario pensamos que la avanzada edad de los pacientes no justifica el negar la posibilidad de admisión de los mismos a una Unidad de Cuidados Intensivos y que se les apliquen los más sofisticados recursos tecnológicos de la medicina moderna puestas al servicio de la humanidad, creemos que no es ético, no hay fundamento moral alguno para impedirles a los ancianos acceder a ella.

En todo caso puede admitirse que en el paciente de edad avanzada existen muchas razones “médicas” que desaconsejan la utilización de un recurso técnico específico; pero si esto ocurre, la negativa se establecerá sobre esa base y nunca tomando como premisa la partida de nacimiento del enfermo, tal como señalan los especialistas en Geriatría y Gerontología Dr. Eduardo Márquez Capote y colaboradores en su trabajo publicado (7).

Muchos son los autores en reconocer que la decisión médica de no ingresar el paciente a las Unidades de Cuidados Intensivos y de Emergencia, constituye una de las formas de limitar el esfuerzo terapéutico.

“No ingresar a un paciente en una Unidad de Terapia Intensiva, es una forma de limitar el esfuerzo terapéutico”, afirma el grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (8). La decisión de no ingresar a un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos, constituye para muchos autores el “primer escalón” de la limitación terapéutica y así se reconoce en varios artículos actualmente publicados (9,10).

Están muy bien establecidos una serie de criterios médicos para el ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos y estos están confeccionados en base al criterio de la recuperabilidad del enfermo, por lo que en aras del uso racional de los recursos que brinda la Medicina Intensiva y de Emergencia, deben ingresar aquellos pacientes que pudieran beneficiarse de la misma siguiendo el criterio de la recuperabilidad. Estos mismos criterios establecidos deberán ser los tomados en cuenta para el ingreso de los pacientes de la tercera edad en este tipo de unidades, de forma tal que la práctica de la Limitación del esfuerzo terapéutico no esté basada en la edad del enfermo.

“En estudios foráneos (11,12) no se ha encontrado vinculación alguna entre la edad, por si sola, y una mayor mortalidad durante la estancia en las salas de Terapia Intensiva en relación con la mortalidad hospitalaria y elevados gastos al respecto, de forma tal que, según esos hallazgos, la edad no constituye un factor predictivo de la supervivencia a largo plazo ni de la calidad de vida” (7).

La figura del especialista y las especializaciones son un producto de la modernidad. Surge la Geriatría y Gerontología como especialidad, destinada a la formación de médicos especialistas en la atención al anciano, con una preparación académica y práctica muy amplia y sólida en nuestro país. El profesional de la salud convertido en especialista, materializa en su actividad el valor social de la salud, cuando su accionar promueve y fortalece condiciones saludables de vida. Es la persona que posee conocimientos científicos y habilidades que le permiten desempeñar un destacado papel en el mantenimiento de la salud de los pacientes adultos mayores y socializar estos conocimientos.

“Es importante señalar que cuando existe un proceso de base previo al ingreso en Cuidados Intensivos, debe ser el médico responsable del paciente el que de acuerdo con la familia establezca los límites de actuación terapéutica, evitando así ingresos no indicados (limitación terapéutica: primer escalón) o situaciones innecesarias y conflictivas. Cualquier decisión sobre limitación, después de ser consensuada por el médico, el paciente y la familia, quedará recogida en la historia clínica del paciente” (13).

Los pacientes mayores tienen el derecho de obtener información acerca de su situación. Siempre de que sea posible, los ancianos deben ser debidamente

informados sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de importancia a los que vayan a ser sometidos, con el fin de que ellos mismos den su consentimiento para que éstos se lleven a cabo; sin embargo en muchas ocasiones no es posible obtener el consentimiento informado de los propios pacientes ancianos, por no estar estos en condiciones de competencia mental para darlo. En caso de que el paciente no esté mentalmente capacitado para este tipo de decisión, como ocurre con frecuencia no solo en los ancianos, si no también en cualquier otro caso en la medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o su representante legal.

En los últimos años ha tomado auge el trámite del consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía. Si el paciente ha expresado previamente sus deseos rechazando algunos tratamientos de soporte vital, es obligación ética respetarlos. Por lo contrario, no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado (14).

En Cuba al igual que en casi todos los países, tradicionalmente la relación médico-paciente se ha caracterizado por ser una relación de tipo paternalista, en la que el profesional de la salud, era el que sabía lo que era mejor para el paciente y por tanto era el que de alguna forma imponía y hacía valer su criterio, diciéndole al enfermo y a sus familiares lo que debía de hacer. En este tipo de relación de relación médico-paciente, es el médico quien ordenaba y el paciente solo obedecía, aunque estos no estuvieran muy de acuerdo.

En la actualidad, aunque este tipo de relación no ha desaparecido totalmente, existe un mayor reconocimiento de los derechos de los pacientes, se comienza a tomar en cuenta las preferencias de los enfermos, su voluntad y su opinión. Así los pacientes ancianos tienen el derecho a tomar sus propias decisiones en lo que respecta a su enfermedad, y por tanto a negarse a ciertos tratamientos médicos.

En la tercera década del pasado siglo, un grupo de médicos en Inglaterra, encabezados por la Dra Marjory Warren, demostró que cuando los ancianos se evalúan teniendo en cuenta sus capacidades funcionales, biológicas, psíquicas y sociales, los resultados son extremadamente beneficiosos y el grado de recuperación y retorno al medio original de los pacientes es elevado. A partir de esta experiencia aparece el término de Evaluación Geriátrica (15).

La evaluación geriátrica es una piedra angular en la práctica médica geriátrica no solo en Cuba, sino en muchos otros países también y es considerada como una evaluación multidimensional e interdisciplinaria, en la que participa un equipo de especialistas que auxilian al geriatra. La evaluación geriátrica es un proceso diagnóstico de amplio alcance orientado a valorar las capacidades biológicas, psicológicas y sociales.

Si el colectivo médico que asiste a un anciano enfermo considera que el cuadro clínico de este es irreversible y por tanto todas las acciones médicas serán fútiles, se deberá plantear la abstención o el retiro de medidas de apoyo vital, o la no resucitación cardiopulmonar, tal como se haría en cualquier otro enfermo crítico.

“Un tratamiento es fútil, cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado y por tanto, no existe la obligación ética de aplicarlo, por ser clínicamente ineficaz al no mejorar el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios desproporcionados al beneficio esperado”. (8, 16) Los objetivos de todo tratamiento médico son los de promover una mejoría en el estado de salud del paciente, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento. Un tratamiento que no sea capaz de alcanzar estos objetivos es por tanto considerado un tratamiento fútil (17).

Los acuerdos tomados en el colectivo médico, sobre la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico en cualquiera de sus formas, deberá quedar claramente recogida en la historia clínica del paciente, exponiéndose los criterios en los que se basa el colectivo para la toma de la decisión. La decisión colectiva de limitar algún procedimiento de soporte vital, no significa en modo alguno de que el esfuerzo terapéutico finalice, este sólo se refiere a determinados tratamientos muy específicos, lo que no impide que al paciente se le proporcionen otros tratamientos y cuidados.

La limitación del esfuerzo terapéutico como decisión médica en las Unidades de Cuidados Intensivos y de Emergencia se basa predominantemente en la expectativa de una muerte inminente, y no en la edad avanzada que pudiera tener el enfermo. La decisión de limitar y/o suspender un tratamiento de soporte vital, debe ser tomada en conjunto por el grupo médico, con evidencia razonable de que la muerte es inminente, requiriendo de un consenso médico y familiar, que le permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos pacientes de la tercera edad que han de fallecer.

“La limitación del esfuerzo terapéutico, es actualmente un recurso éticamente aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica”, afirma el Dr. Pruñonosa, E. y col (18), siendo así reconocido mundialmente, por múltiples autores en sus trabajos (19, 20).

En la toma de decisiones, los Comité de Ética Multidisciplinarios de cada hospital, son considerados indispensables en la actualidad en el análisis y discusión de los problemas éticos relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, en los pacientes graves, con certeza inminente de muerte, incluidos también los pacientes de la tercera edad.

Los comité de ética hospitalaria, surgen con el objetivo de ayudar a resolver conflictos éticos que puedan originarse en el transcurso del trabajo de un equipo asistencial. Ellos constituyen una herramienta útil para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones moralmente adecuadas en situaciones donde intervienen profundas creencias, valores morales y religiosos. La implantación de comités de ética hospitalaria, con carácter meramente consultivo, coadyuva a que todos los elementos de la sanidad participen en las decisiones y en la formación de actitudes.

Cuando se habla de limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos y de Emergencia, uno de los elementos que se convierten en prioritarios a la hora de afrontarla es la definición de terminalidad. Existe una tendencia excesiva, casi abusiva a confundir terminalidad e incurabilidad con las implicaciones que esto conlleva. Es por ello que se va a proceder a definir que se debe entender por enfermedad terminal, de tal manera que se evite etiquetar como terminal a un paciente que puede ser curado o cuya situación puede ser mejorada.

En este sentido, no podemos olvidar la alta incidencia que en la actualidad tienen las enfermedades crónicas. Todas ellas son potencialmente incurables y nuestra atención sobre las mismas tienen como objetivo fundamental promover una mayor calidad de vida para estos pacientes que han de estar sometidos a tratamiento y cuidados de por vida. No son estos enfermos incurables los que han de ser objeto de cuidados paliativos, aunque indudablemente su vida tiene un límite.

“La enfermedad terminal es aquella que se encuentra en un estadio avanzado que es progresiva e incurable, en cuanto a que se estima que no existen medidas razonables que puedan ser aplicadas al objeto de prolongar una vida con calidad, y en la que existe un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses” (21,22).

Deben darse estas tres características: que la enfermedad sea incurable, que se encuentren en una situación avanzada, puesto que enfermedades incurables, en fases no avanzadas quedarían excluidas del concepto de enfermedad terminal, por ejemplo: la Diabetes Mellitus o el Cáncer en sus fases iniciales. Pero además, la enfermedad debe ser progresiva, es decir, no puede estar estabilizada o en fase de remisión, por ejemplo: cánceres que responden inicialmente a los tratamientos.

“La falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, es lo que se conoce como fase terminal terapéutica cuando no hay tratamientos curativos frente a una patología. Concepto que se contrapone al de fase terminal biológica, que hace referencia al momento en el que las constantes vitales se hacen prácticamente incompatibles con la vida” (21), siendo el pronóstico de muerte inminente.

La respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal, se encuentra en los cuidados paliativos. “La Organización Mundial de la Salud, define los Cuidados Paliativos: el cuidados activo, total del paciente cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo” (21).

Los cuidados paliativos son programas activos, destinados a mantener y mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden, por más tiempo al tratamiento curativo. Intentan controlar, no solo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento, el cuidado y alivio cuando no es posible la curación, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días.

En el contexto cultural cubano, la familia se ha sentido desde siempre en la obligación de acompañar a sus enfermos hasta el último momento, sin embargo y dado que la muerte se ha desplazado en los últimos tiempos hacia el hospital es evidente que el médico debe de algún modo dar respuesta acertada a este nuevo modelo de muerte.

“Lo importante es que al moribundo lo rodeen personas allegadas y de su estimación. De ser posible que estén presente de diferentes generaciones, para que sienta que no ha vivido en vano y que los que le siguen, muchas veces traídos al mundo por él (hijos, nietos), representan de algún modo, la continuidad de su existencia. Quienes acompañan al enfermo terminal en sus últimos momentos, si este conserva el uso de sus facultades mentales, han de ayudarlo a encontrar su patrón personal de muerte, ya que esta no va a ser otra cosa que el reflejo y conclusión de su vida. Si realmente vivió una vida digna, humanamente hablando, tiene que vivir una muerte también digna” (2).

El desarrollo alcanzado por Cuba en el campo de la salud, es un hecho incuestionable. Una de las cosas que se enseña en las aulas, desde los primeros años de la carrera de medicina, es procurar el bien del paciente y preservar la vida del enfermo como valor supremo del hombre. Sin embargo, la necesidad de tomar en consideración “el bien” del paciente durante el manejo de un proceso irreversible, plantea a veces el problema de enfrentar la decisión de abstenerse de continuar el tratamiento, ello ocurre cuando, ante la muerte inevitable, éste sólo podría prolongar la vida y convertiría el morir en un proceso más largo y peor atendido en el plano humano y espiritual.

Los pacientes de la tercera edad tienen el derecho a morir con dignidad, lo que significa morir rodeado de cariño y apoyo de los seres queridos; eliminándose en lo posible todos los dolores y sufrimientos; a su tiempo, sin manipulaciones médicas innecesarias que solo prolongan la agonía; aceptando la muerte con serenidad, con la asistencia médica precisa y el apoyo espiritual si se desea, según las propias creencias religiosas del anciano. Los logros de la Medicina moderna crean nuevas posibilidades a las personas que esta envejeciendo en una sociedad industrial altamente desarrollada; no obstante, esas posibilidades no son realizables por la primacía que se concede a la ganancia. Por eso, el apoyo integral a las personas de edad avanzada y su total integración a la sociedad constituyen un objetivo eminentemente político, cuya solución satisfactoria solo puede acometerse y realizarse de manera gradual en el Socialismo.

Hay un problema realmente dramático, que hoy está presente en muchas de las sociedades capitalistas, principalmente en aquellos países más desarrollados e industrializados, los cuales adoptan conductas de rechazo hacia el anciano, por

considerarlos inútiles e improductivos. A todas estas circunstancias se suman, en la mayoría de esas sociedades, el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que, en general se ofrece a este grupo específico de población.

En Cuba existe un aumento creciente de la población de más edad, lo cual se debe fundamentalmente a la disminución de los índices de natalidad y de mortalidad en el país, y al aumento de los niveles de vida logrados, lo cual ha determinado que las expectativas de vida al nacer de nuestros ciudadanos sean de 76 años. El Socialismo en Cuba es una realidad palpable, en nuestro país no existen ancianos desamparados, la educación y la atención médica son universales y gratuitas, así como la seguridad y asistencia social, todas ellas son conquistas del Socialismo en Cuba.

Sin la construcción del Socialismo en Cuba, no habría sido posible una sociedad justa como la nuestra, sin mendigos abandonados en las calles, sin niños descalzos o pidiendo limosnas, o ausentes de las escuelas, teniendo que trabajar para vivir y ayudar a su familia. Cuba ha potenciado, al máximo de sus posibilidades, la formación de ciudadanos conscientes y profesionalmente preparados, basados en los profundos principios humanistas. Sin el Socialismo no habría en nuestra Patria centros de investigaciones científicas y decenas de miles de investigadores científicos, master y doctores en ciencias como los hay hoy en nuestro país, que hacen posible el empleo de las tecnologías de punta al servicio de todo nuestro pueblo.

En la actualidad estamos viviendo una situación completamente nueva, no solo en Cuba, sino en todos los países, realmente hoy los profesionales de la salud podemos hablar de la limitación del esfuerzo terapéutico públicamente, profundizar en todos estos problemas éticos, morales, filosóficos, culturales y religiosos que engloba su práctica, podemos hacer conciencia, intercambiar experiencias, transmitir ideas como todas las que hemos expuesto aquí.

Al respecto se multiplican cada día más, enriquecedoras experiencias en los más diversos países interesados en el tema que nos ocupa, que son publicadas constantemente en las revistas científicas de Medicina Intensiva y diferentes libros de textos de Bioética, tanto nacionales como extranjeros, que promueven permanentemente la búsqueda colectiva de soluciones, permitiendo así llegar a un consenso en como llevar a la práctica la limitación del esfuerzo terapéutico de una

manera uniforme, rectificar deformaciones, eliminar errores, derribar obstáculos y concebir nuevos caminos, que se ajusten a cada contexto sociocultural, teniendo en cuenta las particularidades específicas de cada país y sus propias realidades. (26)

Cada Unidad o Servicio de Atención al Paciente Grave debe ir creando su propia cultura sobre como actuar en situaciones conflictivas. Esto se consigue fundamentalmente discutiendo los casos con todo el equipo multidisciplinario e incorporando a la discusión las opiniones de los especialistas en Medicina Intensiva y de Emergencias, de Geriátría y Gerontología con más experiencia, o de los expertos en Bioética, si es preciso. El equipo de enfermería, que se encuentra especialmente involucrado en el cuidado del paciente grave y en la relación directa con los familiares, debe a nuestro juicio de participar inexcusablemente en estas discusiones. Y tomando como herramienta diagnóstica la evaluación geriátrica que nos permita identificar riesgos y realizar pronósticos adecuados. (22-23)

Los pacientes mayores necesitan conservar el digno lugar que merecen. Estamos convencidos de que hoy el hombre ha adquirido muchos más conocimientos, valores éticos y recursos científicos-tecnológicos suficientes, para poder marchar seguros hacia una nueva etapa histórica de verdadera justicia y humanismo.

Así mismo son múltiples las investigaciones en este campo, ampliar nuestro quehacer en evidencias sería nuestro reto mayor para poder implementar protocolos de acción en cada caso. (24-25)

Bibliografía

1. Amaro Cano María del C. "La ética de la atención a la tercera edad". En: Bioética desde una perspectiva cubana. Centro "Félix Varela". ISBN 959-7071-09-06. Ciudad de La Habana. Cuba. 1997.
2. Rodríguez Magdalena M. y col. "Volver A Empezar". Compendio de Temas Gerontológicos. Caritas Cubanas. Ciudad de La Habana, Febrero del 2006. Cuba.
3. Althabe M. y Col. "Consenso Sobre Recomendaciones acerca de la Limitación del Soporte Vital en Terapia Intensiva". Comité Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Revista Argentina Pediátrica. Ciudad de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr. 1999, 97 (6): 411.

4. Beca Pablo J, Ortiz Armando P, Sebastián Soler P. "Derecho a morir: Un debate actual". Revista Médica de Chile. V. 133, No 5. Santiago de Chile, mayo 2005. ISSN 0034 – 9887.
5. Frezza EE, Squillario DM, Smith TJ. "The ethical challenge and futile treatment in the older population admitted to the Intensive Care Unit". Am J Med Qual 1998; 13 (3): 121-6.
6. Nuckton Tj, List ND. "Age as a factor in critical care unit admissions". Arch Intern Med 1995; 155 (10): 1087 – 92.
7. Capote Márquez E. y Col. "El paciente geriátrico en la unidad de cuidados intensivos". MEDISAN 2001; 5 (4): 41- 48. Santiago de Cuba.
8. Cabré Pericas L, Solsona Duran JF. "Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Medicina Intensiva". Revista Electrónica de Medicina intensiva. DOYMA. julio 2002. Vol. 26 – Nro. 06. p. 304 – 311. Barcelona. España.
9. Adelman RD, Berger JT, Macina LO. "Critical care for geriatric patient". Crin Geriatr Med 1994; 10 (1): 19-30.
10. Materhofer L, Kurrz RW, Zoster R. " Diagnosis and clinical result in the elderly patient in on internal medicine Intensive Care Unit". Disch Med Wochenschr 1997; 23 (1): 47- 54.
11. Hermana Tezano María Teresa. "Limitación Terapéutica en Pediatría". Revista Electrónica de Medicina Intensiva. REMI. Editorial Nro 25. Vol. 3. Nro 2. Febrero 2003. <http://remi.uninet.edu>.
12. Velasco Bueno José M. "Comprensión de los documentos de Consentimiento Informado". Revista Electrónica de Medicina Intensiva. REMI. Artículo Nro. 859. Vol. 5. Nro 5. Mayo 2005. <http://remi.uninet.edu>.
13. Roca-Bruno Mederos JC. "Tratado de Gerontología y Geriátría Clínica". La Habana. Cuba. 2001, 728 – 745.
14. Wold Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Ethical Principles in Intensive Care. Ethical Guidelines. Intens Crit Care Digest. 1992; 11: 40 – 1.
15. Paul R. Helfft, Mark Siegh, John Lantos. "The Rise and Fall of the futility Movement". The New Englan Journal of Medicine. V 343: 293-296. July 27, 2000. Number 4.
16. Proñosa E. y col. "Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Influencia de la Evaluación Subjetiva de Supervivencia". Revista Electrónica de medicina Intensiva. Opiniones y Debates. 29 de Enero del 2006.

17. Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventos A. "Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos". ¿Ha Cambiado en el Siglo XXI?. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. DOYMA. Lunes 1 de Agosto 2005. Vol. 29 - Nro. 06. p338 – 341. Barcelona. España.
18. Domínguez Perera Mario A. "Algunas Consideraciones Bioéticas en el paciente Crítico". Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Formato PDF. 27 de Enero del 2006. Cuba. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu./mie/vol2_1_03/mie12103.htm.
19. Sanz Ortiz j. y Col. "Cuidados Paliativos". Madrid. España. Edit. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992: 10.
20. Medina Castellano Carmen D. y col. "Aspectos Éticos de la Enfermedad Terminal". Enfermería Científica. Las Palmas. Gran Canaria. Num. 154 – 155. Enero – Febrero. 1995.
21. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T. et al. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002;24:91–96.
22. Rodríguez-Molinero A, López-Diéguez M, Tabuenca AI, de la Cruz JJ, Banegas JR. Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions. BMC Geriatr. 2006 Sep 4; 6:13.
23. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. Aging Clin Exp Res. 2011 Aug;23(4):244-54. doi: 10.3275/7284. Epub 2010 Oct 5.
24. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, Abbatecola AM, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P, Lattanzio F. Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). J Nutr Health Aging. 2012 Apr;16(4):313-8.
25. Salvi F, Morichi V, Lorenzetti B, Rossi L, Spazzafumo L, Luzi R, De Tommaso G, Lattanzio F. Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening. Tool. Rejuvenation Res. 2012 Jun;15(3):288-94. doi: 10.1089/rej.2011.1239. Epub 2012 Jun 25.
26. Ethical challenges in end-of-life therapies in the elderly. Gordon M. Drugs Aging. 2002;19(5):321-9.