

Artículo de revisión

Aspectos éticos de los cuidados paliativos en ancianos

Autores: [José R. Rodríguez Rodríguez](#), * Vivian Zas Tabares,** Alina María González Moro***

* Especialista de I Grado en Medicina Interna y de II Grado en Gerontología y Geriatría. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

** Especialista de I Grado Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

*** Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

**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"

RESUMEN

Introducción: con el envejecimiento poblacional se produce cambios en la estructura epidemiológica del proceso salud enfermedad de los ancianos, con mayor número de personas portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles o enfermedades crónicas avanzadas, que requerirán en su evolución la aplicación de cuidados paliativos, fase en que los principios de la Bioética deben ser aún más cuidadosos en su cumplimiento y aplicación. Sus derechos son los mismos que dispone cualquier enfermo pero en ellos tiene que jugar el principio de especial protección, porque dotarles de un contenido máximo a sus derechos, es la única y última posibilidad de conservar su dignidad como seres humanos, permitiéndoles un adecuado control de síntomas y una muerte digna.

Objetivo: revisar la aplicación de la ética médica en los ancianos con criterios de cuidados paliativos.

Conclusiones: la ética en los cuidados paliativos no se preocupa solo de la enfermedad, del dolor y de la información, sino del enfermo, de la persona que sufre y a quién hay que informar, no sólo de la muerte, sino de la persona que va a morir, por lo que cuando los pacientes mayores reclaman comprensión, consuelo

o alivio, los profesionales no pueden responder empleando exclusivamente protocolos o normas. Cuidar exige un compromiso con la persona y la sensibilidad humana.

Palabras clave: envejecimiento poblacional, cuidados paliativos, ética, anciano, muerte digna.

ABSTRACT

Introduction: with the population aging changes, take place in the epidemiological structure of the health-illness process of the old men, with more number of people carrying Not Transferable or Advanced Chronic Illnesses that will require in their evolution the application of Palliatives Cares, phase where the Bioethics principles should be executed and applied even more carefully. Their rights are the same ones that any sick person has but in them, the principle of special protection has a special role to play, because to endow them from a maximum content to their rights, it is the only and last possibility to conserve their dignity like human beings, allowing them an appropriate symptoms control and a worthy death.

Objective: to revise the application of the medical ethics, in the elderly with Palliatives Cares approaches.

Conclusions: the Ethics in the palliative cares does not only worry about the illness, the pain or the information, but of the sick person, of the person that suffers and to who it is necessary to inform; not only about the death, but of the person that goes to die. When the patients claim understanding, comfort or relief, the professionals cannot respond using protocols or norms exclusively. To take care demands a commitment with the person and the human sensibility.

Keywords: aging population, palliatives cares, ethics, elderly, worthy death.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional produce cambios en la estructura epidemiológica del proceso salud enfermedad de los ancianos, con mayor número de personas portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles o enfermedades crónicas

avanzadas, las cuales evolutivamente producen trastornos funcionales que se acompañan de discapacidad, los que son tributarios de cuidados paliativos (CP) o cuidados continuos, igual sucede con los llamados síndromes geriátricos, como son la Inmovilidad, Incontinencia y la Fragilidad, entre otros procesos.¹

Los CP definidos como "el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, más aún si está en fase avanzada y progresiva", son y pueden ser un elemento significativo para mejorar o mantener la calidad de vida de muchos enfermos en el mundo. De los 56 millones de personas que fallecen cada año, unos 33 millones podrían beneficiarse de estos cuidados y como la muerte afecta a los familiares y a una o dos personas que llevan el peso de la atención del paciente, se podría decir que los CP básicos serían positivos para unos 100 millones de personas. ⁽²⁾

El término ética se deriva del vocablo griego *éthos*, que significa morada o lugar. La Ética se define como la disciplina filosófica que estudia el comportamiento moral del hombre en sociedad. Los principios que rigen la actuación ética con estos pacientes que reciben CP no difieren de los principios rectores de cualquier otro acto relacionado con la atención médica, ya que toda acción debe estar dirigida al beneficio del ser humano sin provocar daños.

La Ética es la ciencia filosófica concerniente a la moral no es estática ni exacta, está condicionada al ambiente y momento histórico en que se ejerce y a los constantes cambios del desarrollo científico-técnico; mientras que la Ética médica se relaciona con los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud, contempla aspectos deontológicos, asociados a los deberes y axiológicos, relacionados con los valores, está sustentada en los principios de la beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia.³

En nuestro país en julio de 1983, se promulgó la resolución 127, creándose la Comisión Nacional de Ética Médica, basado en el carácter socialista de nuestra medicina donde se señala que la salud se ha llevado a todo el pueblo y lugares desarrollándose principios ético-morales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico, como son dedicar todos los esfuerzos y conocimientos

científicos y técnicos en el mejoramiento de la salud del hombre, creando pautas relacionadas con la conducta ante el paciente y sus familiares y con el resto de los trabajadores de la salud, también las relaciones entre el docente y los educandos.³ La medicina moderna tiene actualmente en los CP y en la bioética dos magníficos colaboradores para conseguir una mayor humanización de la asistencia sanitaria y resolver de forma racional y responsable las situaciones conflictivas que se presentan en la fase final de la vida. Con los primeros, le es posible mejorar o mantener el bienestar de los enfermos a través de una mayor profesionalización de su cuidado, un buen control de los síntomas y el alivio de su sufrimiento. Con la bioética, se intenta que la actuación médica, además de técnicamente correcta, sea respetuosa con los derechos del enfermo y sirva para resolver los conflictos con racionalidad y consenso entre éste, su familia y el equipo para responder mejor a los intereses del paciente.⁴ No todo lo técnicamente posible es éticamente correcto, la Declaración de Venecia en su artículo 3,2 dice que: “el médico deberá evitar emplear cualquier método extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente”.

DESARROLLO

Los principios de la Bioética que regulan la relación sanitaria se originan en una ética civil, pluralista y racional basada en tradiciones morales y médicas descritas por *Aristóteles*, *Hipócrates*, *Galeno*, *Maimónides*, *Paracelso*, *Kant*, *Osler*, entre otros; se aplican a los CP al tomar en consideración algunos hechos que no siempre han sido reconocidos en la relación médico paciente como:⁵

- a) la legitimidad moral de todos los sujetos que intervienen en ella a conocer y participar en su tratamiento
- b) la propia evolución de la profesión médica.
- c) las características de la asistencia sanitaria actual.
- d) la exigencia ética de que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto.
- e) conseguir, si es posible, la tolerancia “cero” al sufrimiento.

En los CP, existen un grupo de cuestiones éticas que no se pueden olvidar: el paciente en fase terminal no es un residuo biológico; siempre podemos ayudarlos pero sin prolongarles la vida innecesariamente; reconocer que es un ser humano capaz de relacionarse hasta el final.

Principios clásicos de la Bioética³

La no maleficencia que obliga a no dañar a los demás (*primun non nocere*) y a realizar correctamente nuestro trabajo profesional, no se puede hacer un mal físico a un paciente, aunque este se lo pida, aunque su decisión sea libre y autónoma. Se traduce en protocolos asistenciales que recojan las exigencias de aplicar una buena práctica clínica. El tratamiento médico debe proporcionar más beneficio que riesgo o peligro para el paciente.

La justicia, que obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos.

La autonomía, que es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas. Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o de delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo pueda hacer, está relacionada con el consentimiento informado y la voluntad anticipada.

La beneficencia, que obliga a hacer el bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El médico debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad.

Aunque en la actualidad son tributarios de CP pacientes con enfermedades en estadio no necesariamente terminal, es evidente que en esta fase los principios de la Bioética deben ser aún más cuidadosos en su cumplimiento y aplicación. La palabra terminal es imprecisa y ambigua y los enfermos en esta condición son ubicados en una situación de inferioridad, con muy poca o sin capacidad de decisión. Los enfermos terminales tienen en cierto modo pérdida de su humanidad

y aparece el miedo a la muerte, miedo al dolor, pérdida de la capacidad de ordenar su vida; por tanto se vuelven dependientes, vulnerables y pueden ser explotables.

Objetivos de los CP en pacientes geriátricos⁶

- 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.

Problemas éticos en los ancianos

Los principales problemas éticos que nos encontramos en el manejo de los ancianos son: la edad como factor que influye en la toma de las decisiones, limitación del tratamiento en pacientes mentalmente competentes, toma de decisiones en pacientes con posible incompetencia mental, la responsabilidad médica y el tratamiento de enfermos terminales.⁶

Paciente terminal

Se ha considerado como aquel paciente que se encuentra críticamente enfermo, cuya muerte será inevitable en fecha cercana, a pesar de todos los esfuerzos a nuestro alcance para mejorar su salud, donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en el enfermo, familia y equipo sanitario, con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.⁷

Existe confusión y controversia en la población y en los profesionales de la salud, acerca de cómo debe enfocarse la situación del paciente ante la enfermedad terminal, cómo puede repercutir esa realidad conocida ante su estado psíquico,

emocional y afectivo, cómo serían sus relaciones con la familia y con los amigos, y la actitud de esta hacia la problemática que se les presenta. En estos pacientes, se discuten conceptos de calidad y santidad de la vida, alivio del dolor, tratamientos paliativos, eutanasia, apoyo tanto al paciente como a la familia entre otros.

El paciente en estado terminal frecuentemente tiende a perder el ansia de vivir; es, como todos los seres humanos, un ser que ha vivido en gran medida en función de valores externos, de opiniones ajenas, de deseos y de sacrificios. Como cualquier ser humano, ha entrado a veces en contradicción con su propio yo, sufriendo ansiedad, frustración, desesperanza y depresión. Hay que protegerlo de la soledad. La enfermedad y el dolor tienden a aislarlo. Las fuerzas exteriores que lo sostenían antes, su prestigio, posición social y realización ocupacional, se debilitan y se esfuman cuando uno enferma. Debemos ayudarlo a perderle el miedo a hallarse consigo mismo, y a encontrar sus propios recursos internos, a veces injustamente devaluados.

Derechos de los pacientes terminales

Los enfermos terminales, no disponen de legislación específica, aunque están necesitados de una especial protección. Sus derechos son los mismos que dispone cualquier enfermo pero en ellos tiene que jugar el principio de especial protección, porque dotarles de un contenido máximo a sus derechos, es la única y última posibilidad de conservar su dignidad como seres humanos.

Los médicos tenemos que considerar siempre los derechos de los pacientes terminales expuestos por la OMS, el derecho a: vivir hasta su último momento con sus máximos potenciales personales; a vivir independiente y en alerta; a tener alivio de sus sufrimientos; a tener una adecuada información o rehusar a ella, sobre su enfermedad; el derecho a ser atendido por profesionales que conozcan y sean competentes en el manejo de estas etapas terminales; a ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de vida; a que no se mantenga el sufrimiento indefinidamente para sostener sus funciones vitales, el derecho a hacer el mejor uso de su tiempo; a que sus familiares sean tenidos en cuenta

antes y después de su muerte, el derecho a morir con dignidad, tan confortable y apacible como sea posible.^{5,8}

Actualmente se dispone de recursos paliativos para prolongar la vida útil de muchos pacientes, mientras que en otros la posibilidad de una buena calidad de vida resulta prácticamente inalcanzable. El médico piensa en la muerte como su enemigo natural, se le ha formado para "curar", entre lo que se le enseña está en primer lugar curar, luego aliviar y por último ayudar a buen morir.

Comunicación

La comunicación y la información son instrumentos básicos de la terapéutica en los CP y tiene como objetivo informar, orientar y apoyar al paciente y sus cuidadores.

La capacidad de dar malas noticias de manera adecuada debe ser una cualidad del médico geriatra y paliativistas, que permita la colaboración entre todos. Para brindar una correcta información, es necesario una adecuada preparación, asegurándose que se cuenta con las confirmaciones diagnósticas suficientes, se debe conocer el grado de comprensión del enfermo y que desea conocer de su enfermedad, uno de sus derechos fundamentales, otro paso importante es como dar la información para ello se debe crear estrategias, la participación del equipo, el paciente debe escoger el momento y lugar de hacerlo, dar apoyo a los sentimientos, los que son impredecibles tanto del enfermo como los familiares y detectar que repercusión tubo sobre el enfermo la información brindada.⁹

Decir la verdad

¿Cuál es la verdad?. La función del médico en relación con el paciente terminal comprende aspectos éticos, morales, humanitarios. Una primera situación es aquella que se presenta cuando se enfrenta el dilema de decir la verdad o no al paciente. En algunos casos el médico no está seguro sobre que es la verdad con plena seguridad y a corto plazo. Decir toda la verdad es hipotético puesto que el médico no siempre sabe exactamente la demarcación entre verdadero y falso. El Dr. León en su libro sobre Ética en medicina menciona que "la verdad es aquello que el médico espera va a suceder, en base a un análisis honesto de su propia

experiencia y de la de otras personas calificadas, a las cuales debe consultar en lo tocante a la situación específica del paciente". En estos casos la actitud del médico tiene que ser individualizando y considerando la capacidad del paciente para conocer la verdad y sus posibilidades de adaptarse a esta nueva realidad. En algunas ocasiones el paciente requiere que se le informe la situación y el médico debe hacerlo, más aun cuando se trata de un paciente médico o profesional con cáncer, situación terriblemente compleja, pero en la que el médico debe sin duda informar de la enfermedad, pues de otra manera no se podrían justificar ante el paciente, medidas terapéuticas necesarias en el tratamiento paliativo de la misma.^{8,10}

Los médicos además estamos en la obligación de informar a los familiares cercanos al paciente acerca de su padecimiento. Hay autores que en algún momento apoyan la teoría del "no decir", especialmente a la familia, para evitar las reacciones emocionales de los familiares con el enfermo, pero si consideramos al enfermo como persona humana y para que pueda tener libertad para decidir sobre su futuro, es necesario muchas veces "decir". En ocasiones la verdad se le informa a la familia, muy común en los pacientes con cáncer, y es ella la que decide sobre la incapacidad del paciente para asumir el diagnóstico. Cuando el médico acepta esta opción, se produce el aislamiento y sufrimiento en soledad del paciente. La verdad no implica situaciones de conversaciones frías, técnicas o demasiado concisas, sino más bien compasión y estimulación de la esperanza. Nuevamente el médico se enfrenta a su propia naturaleza y a sus creencias y experiencias, pero definitivamente debe apelar a sus principios de ética médica para cumplir con su obligación.¹¹

Alivio del dolor y sufrimiento

Este debe ser el objetivo fundamental del tratamiento de un enfermo en una condición terminal. El médico tiene la responsabilidad fundamental de aliviar el sufrimiento del paciente utilizando los medios a su alcance, especialmente cuando se conoce que el desenlace será fatal a corto plazo. El problema es que el médico también en esa situación se enfrenta a su propia conciencia, a sus creencias

religiosas, a su formación y a la presión de los familiares cercanos del paciente. En estos casos se plantean innumerables preguntas en la mente del médico: ¿estaré prolongando un sufrimiento, en vez de aliviar una agonía?, ¿es adecuado administrar tratamientos vigorosos sabiendo que no van a ser efectivos?, en estos casos existen obligaciones morales de tomar cuidados proporcionados o medidas paliativas necesarias, pero no necesariamente cuidados desproporcionados. Siempre se ha de tener presente el derecho del paciente a rehusar el tratamiento. En los últimos momentos de la vida del paciente, al entrar en agonía se plantea el dilema de la sedación porque esto influirá en la disminución de la conciencia del paciente. En este momento el paciente no puede decidir y la familia se encuentra en una situación emocional que le impide tomar decisiones. El paciente debe morir con dignidad, lo cual implica tranquilidad del paciente y control emocional de los familiares, capaces de identificarlo como la persona de siempre.^{12,13}

En los últimos años, con el gran avance biotecnológico que ha hecho posible una mayor supervivencia de los enfermos, se ha producido un cambio en la actitud de los profesionales sanitarios, que han pasado -con mayores o menores dificultades- del paternalismo al respeto a la autonomía de las personas y a la aceptación de otros principios bioéticos en la toma de las decisiones. El reconocimiento del derecho de los enfermos a una mejor información, a su capacidad de decidir, la aparición del Testamento Vital o documento de Voluntades Anticipadas, la delegación de derechos y la elaboración de nuevas normas y leyes para su protección, son los elementos claves de la evolución experimentada. Está cada vez más aceptado que sea el propio enfermo, o las personas en quienes éste delegue, los que orienten a los sanitarios sobre lo que se puede hacer cuando el enfermo ya no sea capaz de decidir por sí mismo. Se ha producido también una mayor sensibilidad social hacia los temas de la enfermedad y la muerte y todo lo que pueda contribuir al bienestar de los pacientes y de sus familias.^{14,15}

Sedación paliativa

La sedación tiene como objetivo el control de un síntoma refractario para lo cual se administra un fármaco sedante a dosis adecuadas y proporcionadas y el resultado

es el control del síntoma; es legal y muy útil en la agonía de muchos enfermos en programa de CP, puede ser reversible. En la eutanasia el objetivo es la muerte del enfermo para lo cual se administra un fármaco letal y el resultado es la muerte, no es legal ni reversible.^{16,17} La sedación paliativa es la respuesta científico-técnica y moral adecuada de los cuidados continuos en la etapa final de la vida.

La sedación paliativa es una maniobra terapéutica muy útil, que será indicada en aquellas situaciones en las que se quiera proteger de un *distress* (estrés desagradable) que no puede conseguirse sin la disminución del nivel de conciencia. Consiste en la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir el nivel de conciencia de un enfermo con enfermedad avanzada y terminal, tanto como sea preciso para aliviar de manera adecuada uno o más síntomas refractarios con su consentimiento implícito, explícito o delegado.^{18,19}

Se define como síntoma refractario aquel síntoma intenso y devastador que no responde al tratamiento paliativo habitual en el enfermo en situación paliativa-agónica, provocando sufrimiento, persistente después de haber agotado todas las posibilidades razonables de tratamiento adecuado.^{16,17}

El alargamiento de la vida

El alargamiento de la vida y el respeto cada vez mayor a la autonomía de las personas han creado diversos conflictos que no están sólo relacionados con la medicina, sino también, y de manera muy intensa, con el mundo jurídico y los valores éticos de sus protagonistas: los pacientes y sus familiares, los profesionales y la sociedad en general. Estos dilemas obedecen a dos ideas básicas: el derecho de los enfermos a decidir sobre los tratamientos y las opciones clínicas como parte del principio de libertad y autonomía individual (no inicio o retirada de medidas de soporte vital), y el deber de la sociedad y de los profesionales de intervenir en el proceso de la muerte y en las decisiones asistenciales relacionadas con la misma (cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido).^{14,20}

Las decisiones sanitarias son ahora mucho más complejas y dificultosas que anteriormente por el respeto a la autonomía personal y por la innovación biotecnológica que ha convertido en una posibilidad real el alivio del sufrimiento. Los problemas no siempre son los mismos y algunos tienden a ir cambiando conforme avanza la propia medicina. En la actualidad prácticamente nadie defiende una prolongación dolorosa de la vida o un encarnizamiento terapéutico y sin embargo hace algunos años éste era mucho más frecuente.

Equipo de salud

El equipo de salud que brinda CP debe conocer las bases éticas de la asistencia paliativa de los enfermos, los deberes de los médicos y los principales problemas éticos que surgen en la fase final sobre la información, la capacidad del enfermo para decidir y participar en los tratamientos (Testamento Vital, Directrices Previas, etc.), los derechos del paciente crítico, uso de medios de soporte vital, la toma de decisiones y cómo responder a sus peticiones de ayuda para aliviar su sufrimiento cuando éste exceda a los medios habituales de control para permitirle una muerte en paz.

El paciente por el principio de autonomía es el titular de la información, lo que ha creado un nuevo tipo de relación médico-paciente por la que el enfermo aceptará o rechazará un procedimiento terapéutico en función de sus criterios, y elegirá, entre las diversas alternativas propuestas, la que considere más adecuada a sus propios valores e intereses. El médico, a su vez, se encuentra en una encrucijada en la que confluyen los principios éticos y las influencias culturales, familiares y elementos de justicia con la biografía única y personal del enfermo, con sus propios miedos y sus limitaciones de tiempo y formación. Es el responsable de garantizar ese derecho y de asegurarse de conocer lo que el paciente realmente desea para que no se reproduzca lo recogido en el estudio *SUPPORT*, en el que sólo el 40 % de los pacientes había hablado con su médico sobre el pronóstico de su enfermedad y que en el 80 % de los casos los médicos interpretaban erróneamente las preferencias del paciente.^{20,21}

Los principios éticos son criterios normativos de conducta, que introducen la garantía de una racionalidad argumentativa en la toma de decisiones, pero por sí solos son insuficientes.

Los conflictos que surgen en el final de la vida, para *Beauchamp y Childress*, autores de la teoría de los cuatro principios, pueden resolverse con la prudencia o *phrónesis*, que la consideran como el concepto central en los Cuidados Paliativos e incluso en toda la asistencia sanitaria. La reflexión ética para *D.J Roy* y *N. Mac Donald* “es una cuestión de razonamiento práctico acerca de pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas”, por lo que se puede orientar a tres elementos:^{2,4,5}

- a) proporcionalidad de la intervención.
- b) responsabilidad médica sobre el conjunto de ese proceso.
- c) el de los fines u objetivos que se persiguen.

Diego Gracia considera que: “la ética clínica no consiste en la aplicación directa de unos principios: por lo tanto, no es filosofía o teología aplicada, sino una labor original que nos obliga en todas las situaciones a buscar la decisión correcta, es decir, que nos obliga a un ejercicio continuo de responsabilidad.” El cuidado del enfermo de acuerdo a su realidad peculiar y el respeto por ella, no obstante, puede llevar a decisiones que no siempre podemos mostrar que sean consistentes con los principios éticos generalmente aceptados o con las decisiones tomadas previamente en situaciones similares.^{3,11,22}

Para *Victoria Camps*, la ética de la responsabilidad siempre es más incómoda que la de los principios absolutos entendidos de una forma rígida. Estos nos dan respuestas claras, mientras la perspectiva de la responsabilidad nos obliga a adecuar la respuesta a cada situación concreta.

La base de la bioética es el respeto a la dignidad humana y a la vida. Nada debe estar por encima de esto; conservar la integridad y la dignidad del enfermo es el objetivo que debe perseguir el profesional de la salud.²³

Los pacientes terminales son los más vulnerables de nuestros pacientes y en los ancianos este aspecto alcanza un grado mayor. Insistir en formarnos todos, tanto

los estudiantes del área de la salud como los profesionales, conociendo los aspectos difíciles del manejo de estos enfermos, de la familia y de nosotros mismos como seres finitos que somos, nos permitirá una relación más sana y real con la vida y la muerte.

Morir con dignidad

Morir con dignidad es morir racionalmente, en pleno uso de la libertad personal, dueño de las circunstancias que rodean al acontecimiento y con el respeto de los demás hacia la propia voluntad, proporcionarle información veraz y completa, comprensión y respeto al que no quiere ser informado. No es un asunto que se pueda reducir a desconectar aparatos o a suministrar sustancias letales, sino que hace referencia a un conjunto de relaciones humanas y familiares, a una prolongación de la vida del paciente tratando de humanizar la enfermedad y la muerte. Es el derecho a ser cuidado cuando el curar no es posible por lo que permanece la obligación ética de cuidar que aplicado a la asistencia geriátrica debe tener una asistencia humana y médica integral.

El derecho a una muerte digna es dejar al adulto mayor ser el protagonista de la propia muerte, y a que esta muerte sea en un ambiente humanizado, ningún paciente terminal debe ser tratado en contra de su voluntad, que no actúe por influencia de terceros o presiones económicas, asegurar que se respetará el rechazo al tratamiento y/o investigaciones previa voluntad anticipada, combatir el dolor físico y darle apoyo emocional y mental, proporcionarle CP para vivir de forma más comfortable hasta su muerte.

En resumen el "buen morir" define una muerte libre de dolor y sufrimientos físicos; sin una tecnología que prolongue la vida sin calidad, que la persona esté con los ojos abiertos, informada de su situación de salud y su pronóstico; que la muerte sea aceptada, dándole cara valientemente y que no resten conflictos personales o asuntos por resolver; en un entorno propio para vivir su hora más hermosa, rodeado de familiares y amigos y que el final de la vida sea percibido como un momento de crecimiento personal, acorde a las preferencias del paciente.^{24,25,26,27}

CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional ha provocado cambios en la estructura epidemiológica del proceso salud enfermedad, aumentando el número de ancianos con necesidades de CP²⁸ que para su aplicación nuestro sistema social y de salud está preparado para llevarlos a cabo, en los diferentes niveles de atención, siendo el hogar del enfermo, el lugar idóneo donde deben ser aplicados. En el paciente terminal el equipo de salud debe ser muy cuidadoso en el cumplimiento de los principios de la Ética Médica, debiéndosele procurar una muerte digna. La Ética en los CP no se preocupa solo de la enfermedad, del dolor y de la información, sino del enfermo, de la persona que sufre y a quien hay que informar; no sólo de la muerte, sino de la persona que va morir. Cuando lo que reclaman los pacientes mayores es comprensión, consuelo o alivio, los profesionales no pueden responder empleando exclusivamente protocolos o normas. Cuidar exige un compromiso con la persona y la sensibilidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Rojas González M. González Moro AM. La enfermería y los cuidados paliativos. Una perspectiva desde la geriatría. GEROINFO. RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.7. No.3. 2012.
2. Stjernsward, J., Clark, D. Palliative Medicine-A global perspective. En Oxford Textbook of Palliative Medicine. Edited by D. Doyle, G. Hanks, N.Cherny and K, Calman, Oxford, 3 ed, 2005, 1199-1224.
3. García Delgado G. La universidad médica y los problemas bioéticos actuales. La educación e investigación en bioética. Apuntes para una historia de la enseñanza de la ética en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. [Septiembre 2007].
4. Astudillo W., Mendinueta C. ¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal? Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Diputación Foral de Alava. Vitoria. 3ª Edición.2010.
5. Ladrière J. Del Sentido de la bioética. Acta Bioética. 2008; VI (2):197-218.

6. Padrón Chacón R. Consideraciones bioético-sociales en pacientes geriátricos y ancianos frágiles. Rev. Cubana Med Gen Integr v.24 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008.
7. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Sánchez Soroa MA, Leyva Salerno BM. Cuidados Paliativos en ancianos con demencias. GEROINFO. RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.10. No.1. 2015
8. Martínez Urionabarrenetxea K Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas? Med Clin (Barc) 2011; 116: 142-145.
9. Morrison RS, Meir DE. Palliative Care. N Engl J Med.2004.
10. Pérez Suárez Ferry RL, García Sierra JC. Bioética en el adulto mayor. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2. 2007.
11. Ruesca Domínguez CM, Malpica Alonso E. Reflexión ética en la práctica de la cirugía ambulatoria. Rev Médica Electrónica. 2006.
12. Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez JR, Silva Jiménez E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos Rev. Panorama Cuba y Salud 2013; 8(2):41-48.
13. Lohman I, Schleifer R, Amon JJ. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano. En Archivos de medicina año 6 No. 2, 2010.Disponible en <http://www.archivosdemedicina.com>.
14. Abalo Grau JA, Chacón Roger M, Reyes Méndez MC. Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados. Editorial Ciencias Médicas. 2012.
15. Penny Montenegro E, Melgar F. Geriatría y Gerontología para el médico Internista. Grupo Editorial La Hoguera. 2102. www.lahoguera.com.
16. Eduardo Clavé. ¿Cuándo, en qué situaciones y como realizar la sedación en Cuidados Paliativos? En Dilemas éticos al final de la vida. San Sebastián 2004. SOVPAL Pags 1-18.
17. Comité de Ética de la SECPAL. "Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos" Med Pal (Madrid). 2002;9(1):41- 46.
18. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 7; 81-4.

19. Santos D, Della Vallt A y Colabs. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos. *Rev. Med. Urug.* 2009; 25: 78-83.
20. Campa F, Bonal P, Moreno B, Muñoz MD. Sobre ética y medicina de familia y comunitaria. *Atención Primaria.* 2007; 20:214.
21. Mondragon-Barrios L. Consentimiento informado: una *praxis* dialogica para la investigación. Published in final edited form as: *Rev Invest Clin.* 2012; 61(1): 73–82.
22. Gracia D. Procedimiento de decisiones en ética clínica. Madrid: Triascastela, 2007.
23. Gracia D. Ética médica. En Farreras P. editor *Medicina Interna.* Madrid: Elseiver, 2004; 55-67.
24. Clark, D. Between hope and acceptance: the medicalization of dying. *Br. Med. J.*, 2002;324(7342):905-7.
25. Castra, M. *Bien mourir: sociologie des soins palliatifs.* Paris: PUF, 2003.
26. HL de Souza, ELCP Zoboli, CR de Paula Paz. Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas. *revistabioetica.cfm.org.br.* 2015.
27. G Llauradó Sanz. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Ene, SciELO.* 2014, España.
28. Cordero, Primitivo Ramos. "Problemas éticos en la atención a los síndromes geriátricos.". *Bioética y ancianidad en una sociedad en cambio* 2015; 28:55.