

## ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN ETAPAS CERCANAS A LA MUERTE

Enrique de Mestral  
Imelda Martínez Nuñez

En esta presentación se hablará de algunos conceptos en referencia a adultos mayores en etapas cercanas a la muerte, e incluso de algunos no tan mayores, como niños y jóvenes que, por encontrarse como pacientes terminales, ven a la muerte muy cercana. Se citarán algunos principios de la Bioética conforme al personalismo filosófico; noción de enfermo en etapa terminal, se mostrará una tabla de escala de funcionalidad en los tales pacientes terminales; Ensañamiento terapéutico o distanasia, y Adecuación proporcional del tratamiento, en este tipo de enfermos.

También estará el concepto de Voluntades Anticipadas, llamadas Testamento Vital o Directivas anticipadas en algunas regiones o países. Las situaciones de aplicación de las mismas. Y por último la necesidad urgente de una Ley de Voluntades Anticipadas y de una Ley de Cuidados Paliativos en el país (Paraguay).

---

Los adultos mayores, así definidos en los países en desarrollo, son los mayores de 60 años. Constituyen el 10% de la población. No así en los países desarrollados, en donde se consideran los 65 años para esta denominación, y constituyen encima del 20%. La atención de esta franja etaria necesita una discriminación según cómo lleguen a la alta edad que tienen. El estado de salud es extremadamente variable de un individuo a otro. En esta etapa, se presentan las enfermedades crónicas de larga evolución, las dependencias, las neoplasias, las complicaciones, internaciones hospitalarias a veces prolongadas, las institucionalizaciones. En los países ricos es una carga considerable a la economía, y en los países pobres sencillamente carecen de la asistencia necesaria, al no ser prioritarios en el seno de una familia. La mayoría de ellos no tiene aporte jubilatorio, y depende de sus familiares.

Este tema tiene que ver directamente con la Bioética, pues es **el** actuar frente a personas que han vivido mucho y se acercan al final de la vida. La Bioética se define como el “Estudio sistemático de la conducta humana en lo referente a la vida y la salud, a la luz de los principios y valores que la han inspirado” (1).

La obligación fundamental de la medicina es cuidar al paciente, aliviar el sufrimiento, restaurar la salud y preservar la vida.

## **Los principios fundamentales de la Bioética son:**

### **Respeto de la vida humana**

**Totalidad o terapéutico** (que permite mutilaciones quirúrgicas para salvar el todo).

**Socialidad** (permite la mutilación del cuerpo para donación de órganos. El cuidado del medioambiente también podría verse reflejado en este principio).

**Subsidiaridad** (los gobiernos y organizaciones internacionales no deben suplantar, sino ayudar a las otras instancias: asociaciones, instituciones, familias, individuos; respetando sus valores éticos, religiosos y culturales).

**Beneficencia**, buscar siempre el bien del paciente y en el caso de investigación, perseguir un fin social útil y necesario.

**No maleficencia** (no hacer más mal que bien; en el caso de la investigación que los riesgos de los participantes sean proporcionados a los beneficios esperados)

**Autonomía** (consentimiento informado para cualquier estudio o tratamiento; en el caso de investigación es absolutamente fundamental la información dada al participante y obtener su comprensión y acuerdo para entrar en el ensayo)

**Justicia:** Es dar a cada uno lo suyo. Prodigar el tratamiento que corresponda a cada uno según la característica y la etapa de su enfermedad. La mayoría necesitará atención primaria ambulatoria, otros el recurso a especialistas, otros a una internación en sala común, otros a terapia intensiva y los que están muy deteriorados y sin mucha chance de recuperación, los cuidados paliativos. Otro aspecto de este principio es la **justicia distributiva**. No siempre se dispone de todos los medios para todos. A veces hay que establecer prioridades y la distribución de la atención será desigual.

En la atención de los pacientes existen dos modelos, el más antiguo es la **medicina centrada en la enfermedad**, es la enseñada en la mayor parte de las Universidades. Los alumnos deben aprender a recabar la información del paciente, reconocer los signos y armar síndromes y a veces hasta diagnósticos precisos. Luego se aplicará el tratamiento conocido por la evidencia científica. Una vez hecho el diagnóstico se aplicará el mismo tratamiento a cualquier paciente, sin importar el estado en que se encuentre.

El otro modelo, más reciente, la **medicina centrada en la persona enferma**, tiene en cuenta justamente el estado de salud previo, la funcionalidad previa, el pronóstico, los medios disponibles, los recursos disponibles, el apoyo del entorno, para decidir el tratamiento. Los que están con alguna afección aguda que necesite el apoyo de las funciones vitales podrían ir a Terapia

intensiva. Los que están muy deteriorados y con afecciones, sin respuesta a tratamientos ya establecidos con anterioridad y con pronóstico reservado, podrían mejor beneficiarse de los cuidados paliativos.

### **Cuidados paliativos - OMS 2002**

“Enfoque multidisciplinario que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas de enfermedades potencialmente mortales, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio del tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”

### **Paciente en etapa terminal**

Es la persona afectada de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin respuesta a tratamientos aplicados; con presencia de múltiples síntomas, multifactoriales y cambiantes; un gran impacto en el paciente, la familia y el equipo terapéutico; y con pronóstico de vida inferior a 6 meses +/-3. (2).

**La Escala de Karnofsky** (3) se utiliza para evaluar el pronóstico de pacientes oncológicos. Un puntaje inferior a 40, desaconseja un tratamiento intensivo con quimioterapia. Objetivación de un declive funcional reciente

Estado funcional o de desempeño físico según Karnofsky		
Categorías generales	Porcentaje	Característica del paciente, nivel de actividad
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin síntomas ni evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de su autocuidado. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de la enfermedad	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido

### Criterios de terminalidad para enfermedades no oncológicas <sup>2</sup>.

- Paciente muy mayor con vida limitada debido a: diagnóstico específico, varios diagnósticos o sin un diagnóstico claramente definido.
- Progresión enfermedad primaria demostrada por medio de sucesivas valoraciones, estudios complementarios
- Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones en los últimos 6 meses.
- Numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio, residencias asistidas.

### Objetivación de un declive funcional reciente

Dependencia en al menos 3 actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular, baño.

Documentación de alteración nutricional reciente relacionada con el proceso terminal.

Pérdida de > 10% del peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses.

Albúmina < 2.5 g/dl.

## **Ejemplos de Enfermedades no oncológicas que pueden llevar a situaciones terminales:**

Demencia senil avanzada, Accidentes cerebrovasculares severos e invalidantes, enfermedades degenerativas del SNC como Parkinson, Esclerosis múltiple, Enfermedad de la motoneurona.

Ancianos frágiles por diversas etiologías: SIDA, Falla de órganos o sistemas como EPOC, Insuficiencia Renal Crónica (IRC), enfermedades cardiovasculares, hepatopatía crónica.

- **Demencia senil avanzada, Accidentes cerebrovasculares severos e invalidantes, Enfermedades degenerativas del SNC como Parkinson, Esclerosis múltiple, Enfermedad de la motoneurona.**
- **Ancianos frágiles, Como de diversas etiologías, SIDA, Falla de órganos o sistemas como EPOC, Insuficiencia renal crónica, Cardiovasculares, Hepatopatía crónica.**

### **Ensañamiento terapéutico o distansia.**

Es una terapia o procedimiento médico de carácter desproporcionado a los resultados esperados. Estas terapias no presentan una razonable esperanza de éxito positivo y por lo tanto a ellas no sólo se puede, sino que se debe renunciar, ya que la obstinación terapéutica, resultante de la desproporcionalidad e inutilidad de las intervenciones o procedimientos médicos, es ilícita siempre, en cuanto ofenden la dignidad del moribundo.

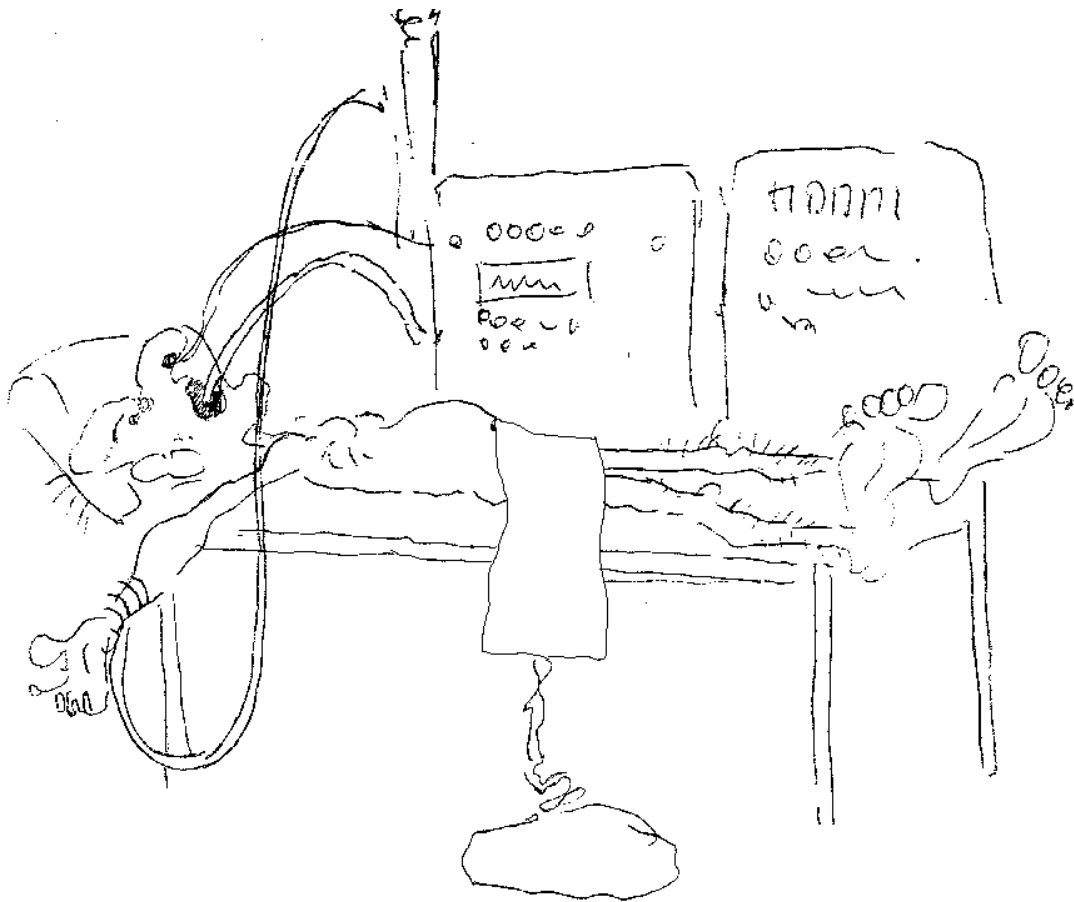
### **Limitación del esfuerzo terapéutico, hoy llamada Adecuación proporcional del tratamiento**

- **Demencia senil avanzada, Accidentes cerebrovasculares severos e invalidantes, Enfermedades degenerativas del SNC como Parkinson, Esclerosis múltiple, Enfermedad de la motoneurona.**
- **Ancianos frágiles, Como de diversas etiologías, SIDA, Falla de órganos o sistemas como EPOC, Insuficiencia renal crónica, Cardiovasculares, Hepatopatía crónica.**

Es una terapia o procedimiento médico de carácter desproporcionado a los resultados esperados. Estas terapias no presentan una razonable esperanza de éxito positivo y por lo tanto a ellas no sólo se puede, sino que se debe renunciar, ya que la obstinación terapéutica, resultante de la desproporcionalidad e inutilidad de las intervenciones o procedimientos médicos, es ilícita siempre, en cuanto ofenden la dignidad del moribundo. (4).

Hay complicaciones que anuncian el fin: sepsis, fallo respiratorio, falla renal (que no irá a diálisis ni a trasplante), falla hemodinámica, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave. En estas situaciones ya no se debe practicar: cirugías, empleo de drogas vasoactivas, reanimación cardiorrespiratoria, ventilación asistida, hemodiálisis.

**Los viejos quieren estar con los suyos y morir sin dolor.**



**Caricatura de un anciano en estado terminal a quien se le practica el ensañamiento terapéutico.**

### **Pilares de los cuidados paliativos**

Atención integral, manejo adecuado del dolor y otros síntomas. Manejo de la Familia, los Aspectos Sociales, los Aspectos Psicológicos y los Espirituales (Existenciales).

En este espacio es digno de señalar la poca accesibilidad a los cuidados paliativos debido a escasez de profesionales formados en la disciplina, los sistemas de salud que no contemplan este tipo de atención, el poco uso de morfina, la falta de legislación local para su empleo.

El sufrimiento es el malestar debido a la alteración de alguna o múltiples dimensiones de la persona. El animal siente el dolor, pero solo puede sufrir una persona que tiene sus dimensiones biológicas, psico- social y hasta espiritual. Implica las diferentes dimensiones que modifican la percepción y manifestación del dolor, integrado en el concepto de “sufrimiento”.

### **Espiritualidad**

"El aspecto de la humanidad que se refiere a la forma en que los individuos buscan y expresan el significado y el propósito y la forma en que experimentan su conexión con el momento, consigo mismo, con los demás, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado" (5)

Escalera analgésica de la OMS (6)



### **Manejo de los síntomas**

**Morfina:** opioide de primera línea para el dolor oncológico según la OMS y la EAPC. Indicado en el dolor severo que no cede a AINE y a opioides débiles como el tramadol y la codeína. Actúa uniéndose a los receptores opiáceos, en varios niveles. No tiene techo terapéutico. Se debe hacer una buena evaluación de la causa y el mecanismo del dolor. Considerar si es parcialmente resistente a opioides. Considerar la asociación de coadyuvantes, empleo de otras vías de administración o la rotación de opioides.

#### Presentaciones en Paraguay

- **Solución de Morfina al 2%** Preparación magistral: **1 gota = 1 mg**
- **Solución de Morfina al 4%** Preparación magistral: **1 gota = 2 mg**
- **Morfina 600:** 1cc= 6mg
- **Ampollas al 1% 10 mg en 1 ml**

**No disponemos de metadona, tan económica y útil. Tampoco disponemos de oxicodona.**

**Uso de Morfina para la disnea:** se necesitan dosis bajas, disminuye la percepción de la disnea a nivel cortical, disminuye la frecuencia respiratoria, rompe el círculo vicioso ansiedad - aumento frecuencia respiratoria, y la misma disnea que provoca mayor ansiedad. Disminuye la pre carga y actúa como ansiolítico. Además es eficaz para la tos.

**Existen Mitos y verdades sobre la morfina:** La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria. La morfina provoca euforia (a veces sí). La morfina provoca acostumbramiento y adicción (no tiene mucha importancia en pacientes en etapa terminal). Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose. El paciente usará la morfina para suicidarse (muy raro).

#### **Cuidados paliativos como derecho humano**

Aunque los cuidados paliativos sean baratos y puedan proporcionarse en todos los ámbitos de atención la OMS estima que 5,5 millones de personas (83% de la población mundial) viven en países con bajo a inexistente acceso a los medicamentos controlados y tienen un acceso insuficiente al tratamiento. En estos países, cada año decenas de millones de pacientes sufren sin tratamiento adecuado. (7).



## **TESTAMENTO VITAL o VOLUNTADES ANTICIPADAS (VAs)**

### **Conceptualización**

Se entiende por Testamento Vital o Voluntades Anticipadas (VA) según lo dicho por Margarita Boladeras, “La expresión de los deseos, prioridades o decisiones de una persona formulada de forma anticipada en previsión de que, en un momento dado, la situación de incapacidad en que se encuentre no le permita manifestarlos. Se trata de una forma de poder continuar ejerciendo el derecho a ser respetado con los valores propios y asegurar que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de mayor vulnerabilidad. El otorgamiento se hace mediante documento”<sup>8</sup>.

“La planificación de las VA, según lo establecido por el *Diccionario de bioética* de 1991 (citado por Vearrier), es un proceso donde las declaraciones de los pacientes son realizadas con anterioridad al momento en el que se encuentren incompetentes para decidir sobre su propia atención en salud, en las cuales se indican sus preferencias de tratamiento y se autoriza a un tercero a tomar decisiones por ellos”<sup>9</sup>.

Es muy importante comprender el valor de las VAs, llamadas también Testamento Vital o Directrices Anticipadas, o Instrucciones Previas, en algunos lugares o países. Es lo que puede garantizar el ejercicio de la propia autonomía, en los momentos en los que ya no se es dueño de ella. Esto último, el de no ser más dueño de la propia autonomía, generalmente ocurre a las personas mayores en momentos cercanos a la muerte, aunque no siempre lo padecen sólo las personas mayores. También los jóvenes, e incluso los adolescentes con autonomía emergente, con patologías crónicas irreversibles, o enfermedades agudas de evolución ominosa, o situaciones posteriores a graves accidentes, sin posibilidades de recuperación, pueden hablar del deseo de dejar por escrito VAs, porque ven acercarse el fin de sus vidas. Y debería respetárseles el derecho que tienen a hacer declaración de sus VAs.

Se refiere que, las decisiones tomadas como resultado del cumplimiento de las VAs, producen más beneficio y satisfacción en todos (jóvenes y mayores), que aquellas tomadas solamente por el personal sanitario, o incluso, por los más cercanos al paciente como son los familiares. Esto indica que aún en la juventud, es decir, en las épocas del goce de la mayor salud personal, es posible hablar de VAs, en el sentido de pensar y decidir sobre cómo se quiere vivir en el momento del final de la propia vida. Las VAs, además de ser un derecho para todas las personas vulnerables y cercanas a la muerte, y aún para las sanas y jóvenes, son como mecanismos para que las personas en pleno uso de sus capacidades mentales puedan describir lo que ellos consideran

calidad de vida, y puedan también establecer lo que querrían y cómo querrían que se los tratara en los momentos finales de su vida.

El fundamento de las Directivas Anticipadas o VAs es la dignidad de la Persona Humana. En torno a ésta, existen dos posturas, según Laferriere<sup>10</sup>, “En el plano de los principios, dos grandes posturas se enfrentan en torno a la noción misma de dignidad de la persona humana. Para una postura, la dignidad se deriva de la autonomía personal y por tanto está condicionada al ejercicio de la autonomía. Para otra postura, la dignidad deriva del mismo hecho de ser humano, es ontológica, y por tanto se reconoce a todo ser humano, ya sea que pueda ejercer o no una autonomía personal. La visión que identifica dignidad con autonomía corre el riesgo de reducir la dignidad a las personas con autonomía...Al respecto, José Chávez Fernández Postigo considera que la discusión entre la dignidad como autonomía y la dignidad como condición ontológica se supera desde la idea de dignidad como libertad ontológica, evitando caer en una concepción meramente estática de la dignidad ontológica e incorporando el elemento dinámico de la libertad, sin incurrir en los problemas que encierra la visión absolutiva de la autonomía”.

Las VAs no deben ser confundidas con el Consentimiento Informado (CI). Ellas tienen también un componente de CI, en el sentido de que la persona vulnerable necesita de una información exhaustiva, precisa, clara, adaptada a su capacidad de comprensión para dar su consentimiento a la redacción del documento de unas VAs.

En los lugares en donde ya existe una ley de VAs, algunos hablan de principios jurídicos aplicables en este tema. Ellos son, fundamentalmente, la dignidad de la persona humana. Posteriormente, la preservación de la autonomía del paciente y el principio de capacidad, para finalmente señalar el derecho a la participación del interesado en el proceso.

Desde el punto de vista de una Bioética personalista, existen también algunos principios, que se señalan a continuación: No Maleficencia (No matar), por tanto, excluye la eutanasia; la Beneficencia, que se busca de modo a dejar tranquilos y en paz a todos los involucrados: paciente, sanitarios, familiares. Respeto a la autonomía de la persona, que está consagrada en varios códigos; respeto a la justicia en el sentido de que se da al paciente lo que a él le corresponde, el derecho al respeto a su Directiva Anticipada y a solicitar Cuidados Paliativos, y a que éstos se le otorguen. Y muy importante también, el respeto a las VAs, da seguridad a los del equipo de salud que atienden al paciente.

### **Situaciones de aplicación y componentes de las VAs**

Algunas de las situaciones médicas en las que se emplean las VAs son aquellas en las que las medidas terapéuticas podrían resultar desproporcionadas dadas las condiciones en las que se encuentra el paciente, en cercanías a la muerte: hospitalización, ingreso a Terapia Intensiva, diálisis renal, terapias de reanimación cardiopulmonar, nutrición parenteral, ventilación mecánica. Otros de los temas incluidos dentro de las VAs, serían Cuidados Paliativos: control de dolor, medidas de confort, hidratación, alimentación natural. También entraría la donación de órganos como terapia para otros, o con fines de investigación y estudio. Por tanto, no a la obstinación del tratamiento (Encarnizamiento terapéutico), que será inútil y sobre todo fútil. Sí a la Adecuación Terapéutica, y a una muerte digna, conforme a su excelencia como persona, y conforme a sus deseos, sin dolor, con confort, y rodeado de sus afectos.

### **Necesidad urgente de una Ley de Voluntades Anticipadas y una Ley de Cuidados paliativos en nuestro país (Paraguay).**

Como en nuestro país, el Paraguay, se carece de una Ley de VAs, para atender con calidad y calidez a los adultos mayores en etapas cercanas a la muerte, algunos médicos especialistas en Geriátrica y en Cuidados Paliativos, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA), presentaron un Anteproyecto de Ley de VAs, en el 2013, y persistentemente siguen insistiendo en la necesidad de tratamiento de ese anteproyecto. A pesar de la urgente necesidad de esta Ley de VAs, así como la necesidad de una Ley de Cuidados Paliativos, -que existen en los demás países vecinos de la región-, el poder Legislativo tiene aún esos anteproyectos sin tratarlos.

Para entender la importancia de las VAs, que es un Derecho Humano, es necesario entablar diálogos entre los actores, las personas vulnerables, los equipos sanitarios: médicos y enfermeras, y especialmente entre los responsables de las Políticas Públicas sanitarias, los legisladores, de modo a empoderar a los mismos. Éstos últimos deben crear un marco jurídico legal acerca de las VAs, para su regulación, su aplicación y el ejercicio de este derecho.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Reich, W., (1978) Encyclopedia of Bioethics, Schuster, New York
2. Kelley AS. Sean Morrison R. (Aug 2015). Palliative care for the seriously ill.  
N Engl J Med. 20; 373(8): 747–755

0. Escala de Karnofsky. <https://iniciaoncologia.com/glosario/escala-de-karnofsky/>
4. De Mestral E. (Julio 2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Tendencias en Medicina • Vol. 7 • No 7 •
5. Puchalski C, et al (2009). The report of the consensus conference. J Palliat Med ;10:885-904.
6. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario, 2006, Cancer Pain Release
7. Negri S. (2012). Cuidados paliativos y derecho internacional de los derechos humanos: el derecho universal a no sufrir. [https://www.academia.edu/10435115/Cuidados\\_paliativos\\_y\\_derecho\\_internacional\\_de\\_los\\_derechos\\_humanos\\_el\\_derecho\\_universal\\_a\\_no\\_sufrir](https://www.academia.edu/10435115/Cuidados_paliativos_y_derecho_internacional_de_los_derechos_humanos_el_derecho_universal_a_no_sufrir)
8. Jiménez Retana Randall Morera Quesada Georgina. Ética para una vida incierta: buscando ser escuchado a través de las voluntades anticipadas en el contexto covid-19. Revista Estudios, 2022. ISSN 1659-3316 Febrero 2022. pers.bioét. vol.23 no.
9. Chia July/Dec. Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente 2019. En: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>
10. Jorge Nicolás Lafferriere<sup>1</sup> y Carlos Muñiz. Directivas anticipadas en materia de capacidad en el nuevo Código Civil y Comercial Unificado Publicado en La Ley, Revista DFyP 2015 (junio), p. 147-165, AR/DOC/1411/2015.