

DEMENCIA, PACIENTE GERIATRICO Y BIOETICA

Guillermo Pascual y Barlés

*Psicogeriatra, Instituto de Bioética y Ciencias
de la Salud, Zaragoza.*

Los constantes avances en la tecnología médica en las últimas décadas han derivado a interrogantes a los que el mundo científico sanitario no efectuaba atención hasta hace pocas fechas. Son, por ejemplo, aspectos como: *tratar o no tratar, o qué tratamiento*, entre otros muchos. Estas, aceptémoslo, son consecuencias del progreso. Sin embargo, también este progreso implica lados oscuros. La cantidad y la calidad de vida son, en ocasiones, difíciles de diferenciar si no se poseen ideas claras sobre la moralidad de una decisión. Y es aquí donde surge la pregunta ética: *“¿Debe llevarse a cabo, lo que técnicamente puede hacerse?”*

Si ya de por sí resulta apasionante la toma de decisiones éticas sobre cualquier paciente, más lo es aún en la actualidad si se refiere al paciente anciano. Principios básicos como *autonomía, beneficencia, no maleficencia o justicia*, son menos extraños a los profesionales que nos relacionamos en el mundo sanitario, limitando a la autoridad espontánea del facultativo en momentos concretos y comprometiendo la esencia misma del motivo que un día nos impulsó a dedicarnos a sanar, o mejor, dicho a intentar sanar.

Lo que la bioética nos dice

Una decisión ética, es una respuesta justificable a un interrogante sobre lo *que debería hacer o que no debería hacer* (1). En definitiva, hablar de ética es tratar sobre *cómo se ha de actuar*, es hablar de valores que deben ser defendidos y respetados, planteándose en ocasiones dilemas que exigen respuestas responsables.

Estas decisiones responsables son las que se dirigen hacia: reanimación o no, instauración o no de alimentación artificial, o imposición o no de un tratamiento concreto en un paciente, portador de una historia real detrás.

Sin embargo, junto a los principios éticos de *autonomía, beneficencia y justicia*, conviene, también, considerar la dimensión legal, que aún pudiendo ser de cierta utilidad cuando se trata en nuestro Sistema Nacional de Salud, fracasa a la hora de resolver asuntos morales, puesto que los dilemas éticos, han de ser dirimidos desde una visión estrictamente racional, filosófica, y no meramente técnica (2).

El consentimiento informado y la demencia

Alcanzar una decisión ética, requiere algún conocimiento del concepto que los pacientes tienen de su propia identidad, de sus relaciones, de sus ideas sobre el pasado y el futuro y el de sus aspiraciones e intenciones. Evidentemente, el médico no puede saber todo del paciente, pero conocer algo de lo que son sus valores, objetivos vitales y de su estilo de vida

debería ser intencionadamente prioritario para tomar una decisión ética (3).

Todo lo anterior se dificulta aún más cuando el enfermo del que nos referimos tiene una enfermedad de tipo neurodegenerativo, como es la Enfermedad de Alzheimer, la más frecuente dentro de los síndromes demenciales que afectan a las personas mayores, y en la que existen consideraciones acerca de que en una primera fase de la enfermedad es plausible reconocer una cierta autonomía para considerar su futuro, sus cuidados o su calidad de vida posterior.

Si se considera que son cuatro las condiciones necesarias para que un paciente participe en la toma de decisiones éticas: *competencia, voluntariedad, comprensión y conocimiento de la enfermedad*, ¿qué sucede entonces al tomar decisiones ante otros grandes aspectos futuros como: reanimar o no, intervenir quirúrgicamente o no, hidratar artificialmente o no? Del mismo modo, el manejo de las infecciones intercurrentes y de las dificultades para, por ejemplo, la alimentación de los pacientes que presentan un síndrome demencial en un estadio avanzado, supondrán importantes dosis de impregnación del equipo que lo esté tratando (4).

Por lo tanto, la participación de todos los miembros del equipo sanitario será de una enorme valía ante esas "cuatro patas" de una mesa imaginaria que hemos de mantener equilibrada y que entendemos como: *competencia* inferida como *evaluativa*; *voluntariedad*, que se

introduce en la influencia de su propia autonomía, y analiza aspectos como: persuasión, manipulación o coacción; *conocimiento de la enfermedad o información, relativizándola* al nivel de afectación del paciente; y comprensión que acreditará la actitud final tomada.

La demencia, no es siempre igual (nunca es igual) en todos los pacientes, ni en intensidad ni en gravedad a como empezó a manifestarse. Existen diferentes grados que justifican y orientan a comportamientos distintos, según esté en uno u otro momento. El comienzo de una Demencia tipo Alzheimer, no se entiende con incontinencia total de esfínteres, apraxia completa o imposibilidad deglutoria, sino con, por ejemplo, alteraciones amnésicas o alteraciones bruscas en su comportamiento, que, eso sí, orientarán al médico hacia este tipo de patología.

La idoneidad del tratamiento en la demencia

Ordinariamente, bien por la propia enfermedad o por las pautas terapéuticas rutinarias en un paciente que no comprende el propósito de tales procedimientos, causa, con frecuencia, alteraciones conductuales como agitación y/o auto o heteroagresividad. Estas situaciones, que se resuelven usualmente con medidas de restricción física y/o fármacos específicos que pueden generar disconfort y aminoramiento de su calidad de vida, ocasiona sentimiento de culpabilidad de los cuidadores.

Consecuentemente, el primer dilema ético se basa en la justificación del uso de actuaciones médicas o paramédicas que puedan no mejorar directamente el proceso subyacente.

Los objetivos de los cuidados médicos para los pacientes con demencia, deben estar claros en la mente de quienes los imparte. Lo más difícil, es la influencia de la percepción de su calidad de vida en la decisión a tomar, teniendo en cuenta que la determinación es subjetiva, evitando reflejar en ellos cualquier tendencia, como la que se inclina a suponer la vida de los pacientes con demencia como inútil e indeseable. El profesional sanitario debe proteger a sus pacientes, asegurando que los objetivos de sus cuidados son siempre conseguir su bienestar en salud y respetar su dignidad como persona. Para todo ello, el nivel de preparación en el uso de las técnicas y de los fármacos que tenemos hoy a nuestra disposición, deberá estar acorde para ser utilizados en cada momento evolutivo de una manera *proporcionada y científica*, apoyándonos en la corriente cada vez más imperante de *medicina basada en la evidencia*, clave para el futuro de la medicina geriátrica. No es igual el tratamiento de un paciente demente en las primeras fases evolutivas que en la terminal: no todos los neuroiépticos que se pueden utilizar, por ejemplo, son iguales ni la dosis del elegido será la misma en la frase de comienzo o intermedia de la enfermedad en la que prima la inquietud psicomotriz, la desorientación, las alucinaciones, etc., que en la fase ter-

minal. Del mismo modo, y aunque resulta obvio, cualquier tipo de actitud terapéutica deberá ir destinada a sanar cuando pueda hacerse, y a paliar cuando ya no sea posible curar. Y eso también tiene que ver con el *uso* de la terapéutica farmacológica. Evidentemente, para ello, el contacto con el paciente y con su cuidador principal, ha de ser, *debe ser*, estrecho.

El Síndrome demencial en el paciente anciano, requiere de una serie de puntualizaciones que, tal vez, incluso, deban ser interpretadas por, en ocasiones, personas externas al equipo terapéutico con experiencia más concreta en circunstancias de contenido ético más estricto (5).

(Original en "Gerontología", Vol. 15 (6)-268-1999)

Bibliografía

1. Gracia, D.: *Fundamentos de bioética*. Eudema Universidad, 1989
2. Altisent, R.: Para qué me sirve la bioética. JANO, Abril 1997; Vol.LII, nº 1210.
3. Roldán Garrido, B.; Peréa Pérez, B.: *El consentimiento informado en la práctica médica*. Edit. S.B. Madrid, 1997.
4. Drane, J.F. *The many faces of competency*. *The Hasting's Center Report*. April, 1985.
5. Pascual, G.: *Comités bioeticogeriatricos en pacientes con demencia tipo Alzheimer*. I Congreso Internacional sobre Alzheimer. *Actas del Congreso*. Pamplona, 1997.

CORRESPONDENCIA: Dr. G. Pascual y Barlés. Urbanización Parque Roma, A6, 11ºD. 50010 Zaragoza