

REVISIÓN

El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética

Francisco Javier Alonso-Renedo^{a,*}, Leire González-Ercilla^b e Itziar Iráizoz-Apezteguía^a^a Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra A, Pamplona, España^b Servicios Sociales Aita Menni, Residencia Joxemiel Barandiaran, Durango, Vizcaya, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de junio de 2013

Aceptado el 5 de noviembre de 2013

On-line el 1 de enero de 2014

Palabras clave:

Medicina paliativa

Bioética

Medicina geriátrica

Cuidados al final de la vida

Planificación anticipada de decisiones

RESUMEN

Objetivo: Analizar la bibliografía existente respecto a los conocimientos, habilidades y actitudes que estas disciplinas pueden aportar en la mejora de la calidad técnica, ética y humana de la asistencia sanitaria a ancianos con enfermedad avanzada, multimorbilidad, fragilidad y demencia progresiva.

Material y métodos: Revisión exhaustiva, focalizando en la bibliografía existente sobre la interrelación entre la medicina geriátrica y la medicina paliativa, la educación en bioética, herramientas pronósticas, el estado funcional y la humanización de la asistencia.

Resultados: La planificación anticipada de las decisiones, la valoración geriátrica integral, el estudio de los valores del paciente y su inclusión en la toma de decisiones y la necesidad de promover una ética de la virtud, del cuidado y de la organización sanitaria constituyen elementos esenciales para conseguir dicho objetivo.

Conclusiones: Los profesionales y las organizaciones sanitarias deben aspirar a la excelencia como una exigencia moral. Para ello es prioritario adquirir virtudes de cuidado y conceptos fundamentales de medicina geriátrica y medicina paliativa, constituyendo el estado funcional, la planificación anticipada de los cuidados y el abordaje de las necesidades del binomio paciente-familia cuestiones irrenunciables que hay que proteger, cuidar y promover.

© 2013 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Advanced organ failure in the elderly. Some issues from a geriatrics, palliative medicine and bioethics perspectives

ABSTRACT

Objective: To analyze the literature as regards the knowledge, skills and attitudes that these disciplines can provide in improving technical, ethical and human quality health care in the elderly with advanced organ failure, multimorbidity, frailty and progressive dementia.

Material and methods: A comprehensive review focused on available references on the interrelationship between geriatric medicine and palliative medicine, education in bioethics, prognostic tools, functional status, and the humanization of health care.

Results: Advance care planning, comprehensive geriatric assessment, the study of the values of the patient and their introduction in decision-making process, as well as the need to promote moral, care, and healthcare organizational ethics, are essential elements to achieve this objective.

Conclusions: Practitioners and healthcare organizations should seek excellence as a moral requirement. To achieve this, there is a priority to acquire virtues of care and fundamental concepts of geriatric and palliative medicine, assessing functional status, advance care planning and patient/family needs as essential issues to protect, care for and promote them in all care settings.

© 2013 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Palliative medicine

Bioethics

Geriatric medicine

End-of-life care

Advance care planning

Introducción

La medicina geriátrica (MG) y la medicina paliativa (MP) comparten sus pilares básicos¹. Ambas son especialidades exhaustivas, longitudinales e intermultidisciplinares; ambas abordan al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javialonsorenedo@yahoo.es (F.J. Alonso-Renedo).

individuo, no como un conjunto de órganos y sistemas, sino como ser humano, en sus dimensiones biológicas, psicológicas, cognitivas, sociales y espirituales, y también se ocupan de la última parte de la vida². Los ancianos constituyen un grupo muy heterogéneo en cuanto a patologías, capacidad funcional, pronóstico, competencia en la toma de decisiones, valores y preferencias, lo que obliga a una valoración integral e individualizada³. Es la MG la disciplina que de forma más eficiente la realiza, científicamente avalada y justificando su pleno desarrollo en el sistema sanitario; solo el desconocimiento de planificadores y gestores e intereses corporativistas lo han impedido. La MP es una parte básica de la asistencia sanitaria y la bioética supone una de las piezas fundamentales del currículo de todo profesional sanitario (PS) de calidad⁴.

Podríamos definir la enfermedad avanzada de órgano como aquella enfermedad crónica y degenerativa de órganos o sistemas no subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante tecnología artificial o trasplantes. Los criterios para definir la enfermedad en fase terminal son⁵: enfermedad avanzada, progresiva e incurable; el tratamiento específico para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible; presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; intenso impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico y pronóstico de vida limitado. La calidad de los cuidados en la etapa final de estas situaciones condiciona claramente la supervivencia y el bienestar global de estos pacientes. Constituye un reto para el sistema sanitario y para el PS.

El objetivo de la revisión es analizar los conocimientos, habilidades y actitudes que estas disciplinas aportan en ancianos con enfermedad avanzada de órgano, multimorbilidad, demencia y fragilidad en la mejora de la calidad técnica, ética y humana de la práctica clínica. Previamente, es necesario definir su filosofía así como promover una ética de la virtud en este contexto.

Se realiza una búsqueda exhaustiva en revistas científicas de ámbito geriátrico, paliativo, bioético y de calidad asistencial focalizando sobre la interrelación entre la MG y la MP, educación en bioética, herramientas pronósticas, trayectorias funcionales al final de la vida, planificación anticipada de las decisiones y humanización de la asistencia sanitaria.

Medicina geriátrica

Es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos.

Constituye la disciplina médica del presente y del futuro y tendrá que resolver múltiples problemas médicos, éticos, sociales y económicos cuya magnitud no podemos imaginar⁶, derivados del progresivo envejecimiento poblacional y la creciente prevalencia en las próximas décadas de discapacidad, fragilidad y multimorbilidad así como de enfermedad avanzada de órgano y demencia. La valoración geriátrica integral (VGI) es su técnica diagnóstica específica, multidimensional e interdisciplinar, dirigida a identificar las capacidades funcionales y psicosociales del anciano, con el objetivo de desarrollar un plan general de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales, permitiendo mejorar los resultados clínicos y el grado de satisfacción del paciente⁷.

El principal fundamento de nuestra actividad clínica es el *primum non nocere*, que hace referencia a no producir un daño innecesario y evitable, previniendo tanto el nihilismo como la obstinación diagnóstico-terapéutica a través de una adecuada valoración del riesgo-beneficio.

Tabla 1

Cuidados paliativos geriátricos: solapamiento de ideas, conceptos y áreas procedentes de la medicina paliativa y la medicina geriátrica

Medicina paliativa	Medicina geriátrica
Alivio del dolor y otros síntomas	Incapacidad y fragilidad extremas como indicadores de cuidados paliativos
Método para la valoración sintomática	Manifestación atípica o inespecífica de la enfermedad
Importancia de la valoración de cada síntoma	Método para la valoración geriátrica
Impacto de los cuidados paliativos sobre la calidad de vida y los resultados funcionales	Importancia de la valoración funcional
Importancia de identificar el momento de detener las técnicas invasivas	Equilibrio entre el nihilismo y la obstinación
Ayuda en la toma de decisiones	Necesidad de tomar continuamente decisiones y la importancia de las pequeñas decisiones
Apoyo psicológico	Síndromes geriátricos como fuente de sufrimiento, la necesidad de abordarlos
Apoyo a la familia	Enfermedad del cuidador, la necesidad de apoyarlo
Importancia del duelo	Prevención de la iatrogenia
Importancia de la comunicación	Conducta como forma de comunicación
Empleo adecuado de unidades de cuidados paliativos	Niveles asistenciales y transiciones
	Empleo adecuado de los centros de larga estancia, los cuidados en estos centros

Modificada de Goldstein y Morrison¹.

Medicina paliativa

Constituye un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales⁸. Es importante resaltar que su ejercicio no implica la suspensión completa del tratamiento específico de la enfermedad.

El respeto por la dignidad de la persona y la aceptación de la finitud de la condición humana son las 2 actitudes fundamentales que orientan la práctica de la MP. Daniel Callahan propone para la medicina del siglo XXI 2 objetivos prioritarios: el primero es prevenir y curar enfermedades; el segundo, ayudar a los seres humanos a morir en paz⁹. Porque la realidad es que, en la actualidad, muchas personas no lo hacen. La experiencia cotidiana nos muestra que es desgraciadamente frecuente que pacientes con enfermedades avanzadas sean tratados con una obstinación desproporcionada a sus posibilidades reales de mejoría, quedando relegado el alivio de sus síntomas y su sufrimiento, concepto complejo y difícil de operativizar, pues engloba aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales y forma parte de la condición humana¹⁰. Para todo el que tiene el privilegio de asistir a un anciano en esta etapa de su ciclo vital, el deber de apoyar, proteger y restablecer su dignidad constituye lo más esencial de la medicina¹¹. La filosofía de cuidados al final de la vida (FV) incluye cuidados activos, holísticos y continuados cuyos objetivos básicos son aliviar el sufrimiento, prevenir las complicaciones de la enfermedad y aportar el máximo bienestar. Los cuidados paliativos geriátricos suponen el solapamiento de ideas, conceptos y áreas procedentes de ambas disciplinas (tabla 1).

La atención a los recursos y necesidades espirituales no es patrimonio de la MP aunque debería ser especialmente cuidada cuando

Tabla 2

Virtudes profesionales médicas. Habilidades y actitudes necesarias en medicina paliativa y medicina geriátrica

Virtudes	Habilidades y actitudes
Prudencia y justicia	Deliberación prudencial
Fidelidad al compromiso y confianza	Respeto a la autonomía moral
Competencia tecnocientífica	Trabajo en equipo, competencia emocional
Benevolencia y paciencia	Responsabilidad individual
Veracidad y abnegación	Habilidad comunicativa, empatía
Generosidad y perseverancia	Determinación de la competencia del paciente
Compasión y cuidado	Adecuación del esfuerzo terapéutico
Humildad y honradez intelectuales	Deber de no abandono
Autocontrol y excelencia	Concepto de futilidad
Eficiencia y aprendizaje continuo	Planificación anticipada de los cuidados
Disposición para el trabajo físico	Valoración geriátrica integral

Fuente: elaboración propia.

la experiencia del sufrimiento es muy significativa y en todos los escenarios de fragilidad, dependencia y cronicidad¹². El cuidado espiritual es, por tanto, un componente clave de la MP¹³.

Bioética

Es una disciplina práctica que tiene por objeto el estudio de los valores y su inclusión en el proceso de toma de decisiones clínicas a fin de aumentar la calidad asistencial¹⁴.

Es desde sus inicios una ética de la responsabilidad, de carácter deliberativo y prudencial; sus 4 principios canónicos (no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía) definen deberes *prima facie*, que solo se transforman en reales y efectivos tras la ponderación de todos los factores concurrentes, circunstancias y consecuencias incluidas¹⁵.

Finalmente, es un nuevo estilo, un nuevo modo de hacer medicina, es superar el positivismo (es decir, el mundo de los hechos) y esto puede lograrse por medio de la educación en bioética⁴, manejando los valores con igual precisión con que manejamos los hechos clínicos. Diego Gracia afirma que humanizar la medicina es introducir en ella el mundo de los valores, tenerlos en cuenta; en última instancia, superar por fin el viejo prejuicio positivista¹⁶.

Necesidad de una ética de la virtud

Una ética está basada en la virtud si considera que un acto es moralmente correcto cuando procede de una disposición estable del carácter del agente, llamada virtud, que es lo que determina lo moralmente lícito y adecuado en ese caso concreto¹⁷. Es una ética de inspiración y excelencia.

Se centra en las cualidades que debe cultivar el PS para el buen hacer profesional, estrechamente conectado al bien del paciente, fin prioritario de la actuación sanitaria. Se adquieren con la práctica, con la experiencia, por medio del esfuerzo y la voluntad; su éxito depende de nuestro carácter, de las condiciones objetivas de la vida social y de la educación. En la [tabla 2](#) se citan algunas virtudes profesionales así como habilidades y actitudes a desarrollar en MP y MG. La empatía¹⁸ y la competencia emocional¹⁹ son valores troncales de gran relevancia así como una actitud compasiva y deliberativa, basada en el respeto a la dignidad del paciente.

El anciano con enfermedad avanzada de órgano, demencia y fragilidad

En el 2030 se espera que el número anual de muertes en el mundo aumente de 58 a 74 millones, con condiciones relacionadas con fallo orgánico y fragilidad cognitiva y física como responsables de la mayor parte de este incremento. Sin embargo, la extensión de los cuidados paliativos (CP) a estos pacientes se ve dificultada por la incertidumbre pronóstica, caracterizada por exacerbaciones recurrentes y dificultades en anticipar la fase terminal; por la alta prevalencia de muerte súbita; por la escasez de paliativistas con experiencia en su manejo y por una evidencia débil hasta ahora con relación a modelos apropiados de cuidado.

La insuficiencia cardíaca, síndrome cardiogeriatrico y vía final común de la mayoría de las cardiopatías, origina una trayectoria de discapacidad progresiva «en diente de sierra», se asocia a una elevada morbilidad y se la considera un equivalente de enfermedad maligna; sin embargo, solo un pequeño número de estos pacientes reciben unos CP especializados²⁰.

La demencia se caracteriza por una discapacidad progresiva, prolongada y lenta acompañada de múltiples necesidades de cuidados y alta tasa de comorbilidad, haciendo difícil identificar la fase terminal.

No existe una definición operativa validada y consensuada de fragilidad para la práctica clínica en la literatura médica pero sí un acuerdo general en cuanto a que su núcleo es un incremento de la vulnerabilidad a estresores producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución de la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo predisponiéndolo a acontecimientos adversos de salud²¹.

La MP provee un cuidado accesible y excelente a personas con cáncer pero la cobertura de atención a enfermedades no oncológicas en fase terminal es muy baja. Facilitar una buena muerte debería ser reconocido como una capacidad clínica esencial, tanto como el diagnóstico y el tratamiento⁹; debería ser manejada correctamente, integrando la experiencia técnica con una orientación humanística y ética, proporcionando una muerte serena, tolerable, tranquila, compasiva, sin dolor y con tan poca angustia y ansiedad como sea posible, asumiendo la trascendencia que tiene para el ser humano cerrar su ciclo vital.

Complejidad clínica, global y asistencial

El anciano con enfermedad avanzada de órgano constituye un grupo heterogéneo que hace necesaria una valoración exhaustiva, multidimensional e individualizada de los factores que condicionan el pronóstico (multimorbilidad, situación funcional y datos de fragilidad) antes de tomar decisiones, sobre todo aquellas que conlleven limitación del esfuerzo terapéutico (órdenes de no reanimar²², ingreso en unidad de cuidados intensivos, desactivación de desfibriladores automáticos implantables²³...) y de los valores, deseos y preferencias de los pacientes a través de una planificación anticipada de las decisiones²⁴⁻²⁶ (PAD) en las fases más precoces de la enfermedad.

La complejidad asistencial se deriva de la sintomatología física y emocional y de los recursos y problemas sociosanitarios (red de apoyo, carga del cuidador) disponibles, más que de la enfermedad de base²⁷. Numerosos trabajos de investigación demuestran que estos pacientes reciben peores cuidados sanitarios y sociales, peor información pronóstica, peor control sintomático, tienen una menor participación en la toma de decisiones clínicas y sufren una mayor utilización de medidas invasivas para aumentar la supervivencia. Teniendo en cuenta los principios bioéticos de justicia distributiva y de no maleficencia, es una obligación potenciar la atención paliativa en este contexto.

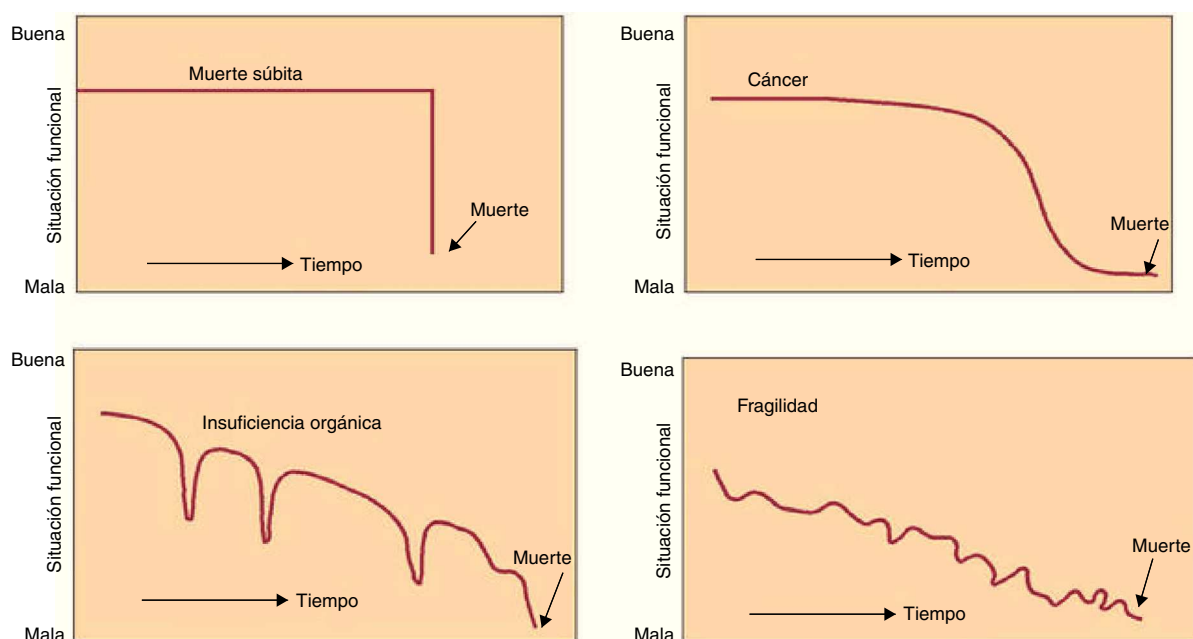


Figura 1. Trayectorias típicas de deterioro funcional en el final de la vida.

Original de: Lunney et al.³³. Modificada de: Martínez-Sellés et al.²³. Publicado con autorización del autor y del editor.

Debido a esta complejidad es importante adquirir una sólida formación humanística y profesional en los conceptos fundamentales de estas disciplinas.

Herramientas pronósticas

Necesitamos movernos desde una parálisis pronóstica a un cuidado activo y total. Los servicios de CP, sociales y médicos continúan fallando a ancianos en los que la muerte podría estar cerca, reflejando un fracaso en el pensamiento proactivo y holístico sobre su cuidado. Cuando se monitoricen indicadores pronósticos y se observe un declive progresivo e irreversible, se hace necesaria una provisión de cuidados y tratamiento centrados en el paciente, ofreciendo a este y a su familia la oportunidad de planificar una buena muerte en vez de solo monitorizar un conjunto de variables físicas hasta la misma²⁸.

Se precisan herramientas que nos ayuden a reducir la incertidumbre pronóstica, constituyendo la VGI una tecnología de indudable valor que evalúa el grado de función física y cognitiva, el estado nutricional y anímico, el soporte sociofamiliar, los síndromes geriátricos, la polifarmacia y el exceso de incapacidad. La multimorbilidad es considerada por algunos autores como el último de los síndromes geriátricos y su análisis debería formar parte de la VGI, junto a la fragilidad, si bien faltan herramientas o las que hay tienen limitaciones^{29–31}. El deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad, con independencia de los diagnósticos clínicos de los que un anciano sea portador³².

¿Cómo se pueden asegurar servicios dignos de confianza en la última etapa de la vida? Se ofrecerán estrategias eficientes y fiables si las reformas políticas y sanitarias: 1) centran su atención en las 3 trayectorias comunes de declive funcional³³: deterioro breve típico del cáncer, exacerbaciones intermitentes y muerte súbita típica del fallo de sistemas orgánicos, y el curso menguante y lento típico de la fragilidad y de la demencia (fig. 1), suscitando las 2 últimas el interés de geriatras, paliativistas y médicos de atención primaria por mejorar su práctica clínica; y 2) reconocen el valor de la MG y de los geriatras como los especialistas en prevenir el deterioro funcional a través de la VGI como punto de partida de una cadena de cuidados continuados cuyos eslabones son: la identifica-

ción de ancianos frágiles, la actuación en la fase precoz del deterioro funcional y la planificación de cuidados y recursos posteriores ajustados al nivel de función. Un corte transversal de población clasifica a los ancianos en 4 categorías (fig. 2). El beneficio potencial de una intervención es mayor cuanto mayor es el nivel funcional de partida. Actuar en la fase precoz de la discapacidad, mantener el control hospitalario de las propias recomendaciones derivadas de la VGI y establecer un seguimiento continuado de la fase postaguda constituyen los principios básicos del diseño de un dispositivo asistencial eficiente para el anciano y constituyen las bases sobre las que desarrollan su actividad los servicios de geriatría³⁴.

Una de las herramientas pronósticas más conocidas es el *Prognostic Indicator Guidance* (PIG-GSF). El PIG-GSF³⁵ usa un algoritmo con solo 3 pasos: a) la «pregunta sorpresa» (¿estaría sorprendido si este paciente falleciera en los próximos 6-12 meses?); b) la presencia de determinados indicadores de deterioro general o de necesidad de cuidados (deterioro del estado general, comorbilidad, dependencia funcional y otros), y c) la presencia de indicadores clínicos específicos (descritos para el cáncer, 7 enfermedades de órganos y un grupo inespecífico de fragilidad y demencia). Su objetivo es identificar precozmente a los pacientes que se acercan al FV y precisen soporte adicional. Su principal limitación es que no existen por el momento datos sólidos sobre su capacidad pronóstica en pacientes no seleccionados ni con determinadas enfermedades de órgano, y mucho menos estudios de intervención en los que se demuestren mejoras en algún resultado clínico; además, emplea un paradigma basado en una enfermedad única de curso aceptablemente pronosticable para entender una realidad compleja y altamente variable, como es el paciente anciano que presenta multimorbilidad, síndromes geriátricos, deterioro funcional, polifarmacia, exceso de incapacidad y fragilidad³⁶. El instrumento NECPAL CCOMS-ICO®, traducción al castellano del PIG-GSF, permitiría identificar a los pacientes con enfermedad avanzada de órgano con necesidades paliativas de toda causa, de manera precoz y en todos los recursos (sociales y sanitarios). Su validez predictiva es objeto de estudio³⁷.

Una revisión sistemática reciente demostró que los modelos pronósticos evaluados presentaban una pobre discriminación debido a la heterogeneidad de la población y al curso impredecible

Tipo de anciano	Cuidado predominante
A: Sin deterioro funcional	Preventivo
B: Discapacidad aguda en riesgo de discapacidad establecida	Curativo + preventivo
C: Discapacidad establecida potencialmente reversible	Rehabilitador + preventivo
D: Discapacidad establecida no reversible	Paliativo + preventivo

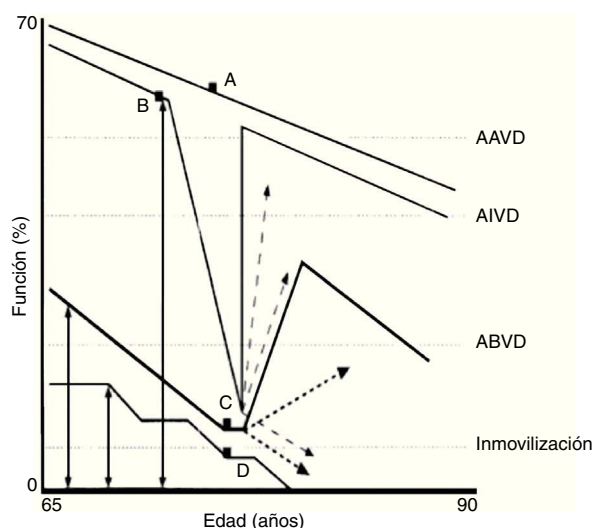


Figura 2. Modelo de evolución de la discapacidad en el anciano. AAVD: actividades avanzadas de la vida diaria; ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

Original de: de la Fuente Gutiérrez³⁴. Publicado con autorización del autor.

de la enfermedad avanzada³⁸. En otra revisión³⁹, la mayoría de los estudios concluyeron que el criterio *Functional Assessment Staging* 7c no era un predictor fiable de mortalidad en 6 meses en ancianos con demencia avanzada.

Por lo tanto, es posible que la búsqueda de herramientas de detección de problemas paliativos sea inútil, especialmente cuando se ha demostrado de forma fehaciente que la VGI permite detectar las necesidades y problemas y elaborar un plan de cuidados eficaz adaptado a cada anciano, a lo largo de todo el curso de sus enfermedades³⁶.

Trayectorias funcionales al final de la vida

Las trayectorias funcionales han favorecido el concepto de proceso de transición de unos objetivos de supervivencia a otros enfocados al bienestar clínico, funcional, psicosocial y espiritual del paciente.

Así, podrían ayudarnos a planificar y proporcionar un cuidado apropiado que integre un manejo activo y paliativo; nos permiten apreciar que no todo lo técnicamente posible es ética, clínica y humanamente adecuado⁴⁰. La medicina actual ha desechado la vigencia universal del imperativo tecnológico, porque existen situaciones clínicas en las que puede limitarse el esfuerzo terapéutico⁴¹. Frente a la lógica de este imperativo, que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable —o incluso exigible— todo lo que es técnicamente posible, la MP nos presenta un modelo de atención «personalista» basado en el profundo respeto por la persona y por su dignidad. Es preciso llevar a cabo una investigación metodológicamente rigurosa del proceso de morir, con un profundo respeto por el ser doliente del que pretendemos extraer conocimiento sobre los factores que le facilitan o dificultan tener una muerte en paz y al que, simultáneamente, por encima de la obtención de datos, se debe ayudar con los mejores medios de que dispongamos en cada momento⁴².

La ausencia de una trayectoria predecible de discapacidad basada en la condición que conduce a la muerte plantea retos para la distribución apropiada de recursos en el cuidado a ancianos al FV. Los resultados de algunos estudios⁴³ sugieren que la necesidad de servicios en esta etapa para ayudar en las actividades de la vida diaria es al menos tan importante para ancianos que fallecen por fallo orgánico o fragilidad como para una condición avanzada más tradicional como el cáncer y mucho más importante en el contexto de

una demencia avanzada. La velocidad de cambio en el nivel de función y medidas sistémicas (pérdida de peso, anorexia y cansancio) son buenos indicadores de la trayectoria futura de la enfermedad si no son evidentes causas reversibles⁴⁴. La incapacidad y la fragilidad extremas secundarias a enfermedad avanzada de órgano son indicadores de CP^{45–47}. De igual forma, un enfoque paliativo debería ser la última etapa en el continuum del cuidado óptimo de ancianos con multimorbilidad que se aproximan al FV⁴⁸.

Planificación anticipada de las decisiones

Es una consecuencia del nuevo estilo de la relación clínica; se define como un proceso voluntario y continuo de comunicación y deliberación entre una persona capaz y el PS implicado en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida cuando no disponga de la capacidad suficiente para un consentimiento informado⁴⁹. La PAD se considera una exigencia de mínimos de calidad asistencial en los criterios de acreditación de las organizaciones sanitarias⁵⁰. La enfermería de atención primaria y residencial es una pieza clave para su desarrollo, bien mediante el impulso a la gestión enfermera de casos, bien en el marco del proceso de enfermería orientado por patrones funcionales⁵¹. Incluye procedimientos como el consentimiento informado, la historia de valores, los documentos de instrucciones previas y el nombramiento de representantes.

La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca mueren cuando todavía se espera que vivan durante más de 6 meses y un pronóstico preciso es también complicado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ambas condiciones representan un paradigma para el uso de directrices previas y de PAD^{52,53}.

En las tablas 3–5^{54,55} se muestran sus objetivos, variables a incluir y barreras existentes a su implantación, respectivamente.

Virtudes, cuidados, valores y ética de la organización sanitaria

La ruptura de la mediocridad es una necesidad si el objetivo es la máxima calidad técnica y humana y para ello es preciso que los PS busquen la excelencia. Hoy, más que nunca, urge recuperarla en nuestra actividad aunando la formación y el trabajo desde

Tabla 3
Objetivos de la planificación anticipada de las decisiones

1. Prepararse no tanto para la incapacidad sino, sobre todo, para el acontecimiento vital de la propia muerte
2. No tanto ejercer teóricamente el derecho a la autonomía, sino tener un cierto control práctico sobre lo que vaya a hacerse, mediante el establecimiento y la articulación de valores y preferencias
3. Contribuir a la disminución de la propia angustia y el miedo acerca del proceso de morir, en sus dimensiones tanto físicas (dolor) como psicológicas y espirituales (sufrimiento)
4. Fortalecer las relaciones y la comunicación con la familia y los seres queridos, y no solo con los profesionales sanitarios
5. Contribuir al alivio de la carga emocional del representante y la familia cuando tengan que tomar decisiones en lugar del paciente
6. Desarrollar procesos comunicativos, amplios y extensos entre todos (paciente, representante, profesionales, familiares y seres queridos), acerca de los deseos y las expectativas del paciente, y no centrarse tanto en la firma de los documentos escritos de voluntades anticipadas

Tomada de Singer et al.²⁵.**Tabla 4**
Variables a incluir en la mayoría de las discusiones al final de la vida

General: Objetivos del tratamiento
<i>Énfasis en el bienestar clínico y funcional sobre la prolongación de la vida</i>
Específico: Rango de intervención
<i>Planificación anticipada de las decisiones</i>
<i>Orden de no intentar resucitación, orden de no intubar</i>
<i>Otros tratamientos de soporte vital, como</i>
Ventilación mecánica
Sondas de alimentación
Antibióticos
Hemodiálisis
Transfusiones sanguíneas
<i>Cuidados paliativos</i>
Manejo del dolor y otros síntomas
Alivio del sufrimiento psicológico, social, espiritual y existencial
Propiciar la oportunidad para evaluar asuntos inacabados
<i>Traslados y ubicación preferida por el paciente y/o familiares</i>
Domicilio-UAH
UAH-domicilio
Residencia de ancianos-UAH
UAH-UME/ULE
UAH-UCI/UC

UAH: unidad de agudos hospitalaria; UC: unidad coronaria; UCI: unidad de cuidados intensivos; ULE: unidad de larga estancia; UME: unidad de media estancia.

Modificada de Quill⁵⁴.

las mejores evidencias científicas, el respeto y la inclusión de los valores de los pacientes y/o familiares en la toma de decisiones y el análisis de los valores que guían las decisiones de gestión que afectan al cuidado del paciente.

La referencia a las virtudes, articulada con la referencia a los principios, debe estar presente en toda expresión de las profesiones y especializaciones del cuidado de la salud. Pero si en alguna de ellas debe promoverse con especial insistencia es en la relativa a la MP y a la MG. Si curar debe ser siempre llevar a cabo una experiencia singular, cuidar lo es aún mucho más. Pues bien, allá donde hay singularidad no puede dominar la medicina considerada puramente como ciencia aplicada a órganos enfermos, tiene que darse un cuidado sanitario que, apoyado en la ciencia, es vivido como «arte», como exquisita e «intuitiva» atención y acomodación a la persona concreta, para lo que nos va formando y capacitando la experiencia¹². Mantener y promover la dignidad del anciano es una responsabilidad ética fundamental del PS⁵⁶.

Hoy es evidente que las decisiones médicas no pueden tomarse solo basándose en hechos, sino que han de incluir valores, lo cual obliga a la exploración de este aspecto por parte del PS, que es una gran asignatura pendiente de la medicina. Su gestión exige el difícil ejercicio de la responsabilidad, que carece de normas precisas, pero que, sin embargo, resulta inexcusable.

Tabla 5
Barreras para el inicio de procesos de planificación anticipada de decisiones

Paciente	Profesional	Familia
-Miedo a ser rechazado por el médico o familia	-Falta de conocimiento sobre la PAD y sobre su marco ético y jurídico	-Sobrepotección familiar: «pactos de silencio»
-No saber cuándo, cómo ni a quién preguntar	-Escasez de tiempo	-Condiciones económicas
-Analfabetismo funcional o real	-Carencia de habilidades para la comunicación	-Condiciones culturales, étnicas, lingüísticas, religiosos
-Negación de su enfermedad	-Bloqueos emocionales	-Desconfianza ante los PS
-Deseos contradictorios	-Condicionamientos culturales, étnicos o religiosos	-Angustia de la familia
-Desconfianza por un posible abandono	-Miedo a desencadenar un «duelo anticipatorio» en el paciente o familia	-Prejuicios ideológicos o morales
-Prejuicios ideológicos o morales	-Ideas preconcebidas sobre su efectividad	-Desconocimiento del marco jurídico, de los derechos del paciente y de las obligaciones de los profesionales
-Factores culturales, étnicos, lingüísticos o religiosos	-Prejuicios ideológicos o morales	

PAD: planificación anticipada de las decisiones; PS: profesionales sanitarios
Fuente: Planificación anticipada de decisiones: guía de apoyo para profesionales. Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2013⁵⁵.

La ética de la organización sanitaria se revela como un espacio de reflexión y una propuesta práctica en el camino hacia la excelencia de nuestras organizaciones de salud y debe ayudar a optimizar una gestión de calidad⁵⁷.

Conclusiones

Los profesionales y las organizaciones sanitarias deben aspirar a la excelencia como una exigencia moral. Para ello, es relevante incorporar una serie de habilidades y actitudes en la práctica clínica en el cuidado del anciano con enfermedad avanzada de órgano, multimorbilidad, demencia y fragilidad secundaria para lo que es indispensable una formación sólida en los conceptos fundamentales de MG, MP y bioética; esta ofrece un marco de análisis, una pauta para la reflexión y un procedimiento de toma de decisiones a través de la deliberación prudencial sobre los conflictos éticos al FV salvaguardando la dignidad, los derechos fundamentales y el cuidado de lo vulnerable y lo frágil.

Se debe fomentar la PAD puesto que se traduce en una mejor atención, evitando situaciones conflictivas en momentos trascendentes de la vida del enfermo, constituyendo la atención primaria y residencial una parte fundamental para su implementación.

Destacar la trascendencia de la VGI como instrumento para elaborar un plan de cuidados eficaz adaptado a cada anciano a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, ayudando a establecer un pronóstico y a tomar decisiones, asegurando la continuidad de los cuidados y un método de trabajo multi e interdisciplinar basado en objetivos funcionales individualizados, realistas, razonables y consensuados, con el objetivo de proporcionar unos cuidados paliativos geriátricos de alta calidad científica, ética y humana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Mabel Marijuán, profesora de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco; Nicolás Martínez Velilla y Álvaro Casas Herrero, geriatras del Complejo Hospitalario de Navarra A y Pablo Iglesias García del Álamo, médico de familia y paliativista por revisar el manuscrito y aportar comentarios útiles y constructivos. A los profesores Diego Gracia, Miguel Ángel Sánchez, Victoria Camps, Adela Cortina y Lydia Feito por su incansable labor en la difusión y el desarrollo de la Bioética.

Bibliografía

- Goldstein NE, Morrison RS. The intersection between geriatrics and palliative care: a call for a new research agenda. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1593–8.
- Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, Resnick B. Ethical issues in the care of older persons. En: Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, Resnick B, editores. *Essentials of clinical geriatrics*. 6.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2009. p. 523–47.
- Bugidos R. Cuidados paliativos en geriatría. En: Couceiro A, editor. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela; 2004. p. 245–62.
- Martínez K. La educación en bioética, camino para la profesionalidad. *Rev Calid Asist*. 2011;26:62–6.
- Grupo de Trabajo para ESH. Equipos de soporte hospitalario de cuidados paliativos. Propuesta de organización y funcionamiento. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
- Perrenoud JJ. Ethical considerations in geriatric cardiology. *Eur Geriatr Med*. 2011;2:363–70.
- Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39 Pt 2:85–165.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:91–6.
- Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Madrid: Triacastela; 2006.
- Benito E, Maté Méndez J, Pascual López A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *FMC*. 2011;18:392–400.
- Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*. 2007;335:184–7.
- Etcheberria X. Virtudes éticas: una necesidad en cuidados paliativos. En: Couceiro A, editor. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela; 2004. p. 49–62.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Pal*. 2011;18:55–78.
- Gracia D. Ética de los cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad. En: Gracia D, editor. *Como arqueros al blanco*. Estudios de bioética. 1.ª ed. Madrid: Triacastela; 2004. p. 463–95.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18–23.
- Gracia D. Por una asistencia médica más humana. En: Gracia D, editor. *Como arqueros al blanco*. Estudios de bioética. 1.ª ed. Madrid: Triacastela; 2004. p. 97.
- Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med*. 2002;69:378–84.
- Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:390–7.
- Borrell Carrió F. Competencia emocional del médico. *FMC*. 2007;14:133–41.
- Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2009;11:433–43.
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62:731–7.
- Fritz Z, Fuld J. Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: Decisions, discussions and deleterious effects. *J Med Ethics*. 2010;36:593–7.
- Martínez-Sellés M, Vidán MT, López-Palop R, Rexach L, Sánchez E, Datino T, et al., en representación de los miembros del Grupo de Estudio «El anciano con cardiopatía terminal» de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. El anciano con cardiopatía terminal. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:409–21.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c1345. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345>.
- Singer PA, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. *Arch Intern Med*. 1998;158:879–84.
- Heyland DK, Barwich D, Pichora D, Dodek P, Lamontagne F, You JJ, et al., ACCEPT (Advance Care Planning Evaluation in Elderly Patients) Study Team; Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med*. 2013;173:778–87.
- Alonso A, Rexach L, Gisbert A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Pal*. 2010;17:161–71.
- Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ*. 2010;341:c4863.
- Yancik R, Ersler W, Satariano W, Hazzard W, Cohen HJ, Ferucci L. Report of the National Institute on Aging Task Force on Comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62:275–80.
- Martínez Velilla NI, de Gaminde Inda I. Índice de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:441–6.
- Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Gómez-Arnedo L, Alfonso SA. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. *Maturitas*. 2013;74:54–60.
- Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *New Engl J Med*. 1990;322:1207–14.
- Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1108–12.
- De la Fuente Gutiérrez C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG); 2001. p. 39–40.
- Gold Standards Framework. Prognostic indicator guidance: To aid identification of adult patients with advanced disease, in the last months/years of life, who are in need of supportive and palliative care. Version 2.25.2006 [consultado 1 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/>
- Cruz-Jentoft AJ, Rexach Cano L. Pronóstico vital en cuidados paliativos: ¿una realidad esquiva o un paradigma erróneo? *Med Clin (Barc)*. 2013;140:260–2.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPALC COMS-ICO®. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:241–5.
- Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. *Age Ageing*. 2005;34:218–27.
- Brown MA, Sampson EL, Jones L, Barron AM. Prognostic indicators of 6-month mortality in elderly people with advanced dementia: A systematic review. *Palliat Med*. 2013;27:389–400.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005;330:1007–11.
- Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000;342:654–6.
- Bayés R. Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:539–41.
- Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med*. 2010;362:1173–80.
- Stevenson J, Abernethy AP, Miller C, Currow DC. Managing comorbidities in patients at the end of life. *BMJ*. 2004;329:909–12.
- Boockvar KS, Meier DE. Palliative care for frail older adults: «there are things I can't do anymore that I wish I could...». *JAMA*. 2006;296:2245–53.
- Müller-Mundt G, Bleidorn J, Geiger K, Klindtworth K, Pleschberger S, Hummers-Pradier E, et al. End of life care for frail older patients in family practice (ELFOP) – protocol of a longitudinal qualitative study on needs, appropriateness and utilisation of services. *BMC Fam Pract*. 2013;14:52. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-52>.
- Raudonis BM, Daniel K. Frailty: An indication for palliative care. *Geriatr Nurs*. 2010;31:379–84.
- Burge F, Lawson B, Mitchell G. How to move to a palliative approach to care for people with multimorbidity. *BMJ*. 2012;345:e6324.
- Thomas K. Overview and introducing to advance care planning. En: Thomas K, Lobo B, editores. *Advance care planning in end of life care*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 3–15.
- Suñol R, Vallejo P, Beltrán JM, Hilarión P, Bañeres J, Orrego C. Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria. *Rev Calid Asist*. 2005;20:343–52.
- Barrio IM, Simón P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clin*. 2004;14:235–41.
- Couceiro Vidal A, Pandiella A. La EPOC: un paradigma para el uso de directrices previas y la planificación anticipada de decisiones. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:325–31.
- Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas. *An Sist Sanit Navarr*. 2007;30 Suppl 3:87–102.
- Quill TE. Perspectives on care at the close of life. Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: addressing the «elephant in the room». *JAMA*. 2000;284:2502–7.
- Planificación anticipada de decisiones: guía de apoyo para profesionales. Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2013.
- Wadensten B, Ahlström G. The struggle for dignity by people with severe functional disabilities. *Nurs Ethics*. 2009;16:453–65.
- Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calid Asist*. 2002;17:247–59.