



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Mercado R., Cristián

Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas

Acta Bioethica, vol. VII, núm. 1, 2001, pp. 129-141

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55470110>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DILEMAS BIOÉTICOS EN GERIATRÍA: TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

Cristián Mercado R.*

Resumen

Chile es un país que envejece. Sin embargo, la asignación de recursos sanitarios es insuficiente. Incluye una baja capacitación médica en Geriatría y en Bioética.

El envejecimiento trae una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad ante agresiones patológicas. El anciano presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas, exigiendo una mayor demanda en salud.

En la práctica geriátrica, los principios bioéticos se plantean con frecuencia, originando discusiones complejas. Por ello, su conocimiento y dominio son fundamentales. La discusión es el instrumento básico para la toma de decisiones y debe realizarse por el equipo interdisciplinario, junto al paciente y/o familia o apoderado.

Si nosotros consideramos que no tratamos enfermedades y sí enfermos, encontraremos en el anciano un tipo de paciente muy particular, donde existe conflicto en relación a sus aspectos bio-psico-sociales. Debemos considerar los valores del paciente y los principios de la ética médica.

Este artículo se propone analizar, desde el punto de vista bioético, los dilemas en la toma de decisiones médicas en Geriatría.

PALABRAS CLAVE: Ética; anciano; geriatría; toma de decisión.

Abstract

Bioethical dilemmas in geriatrics: radical decision-making

Chile is a country that is growing older. Sanitary resource allocation is insufficient and there exists inadequate training in Geriatrics and Bioethics. Aging determines greater susceptibility and vulnerability when facing pathological aggressions. The elderly present a high prevalence of chronic diseases which translates into a greater demand for health assistance.

Bioethical principles are frequently addressed in geriatric practice and give rise to complex discussions. Thus, knowledge and full command of those principles are fundamental. Discussion is the basic tool for decision-making and must be realized by the interdisciplinary team, together with the patient's family or proxy.

If we consider we do not treat diseases but sick people, we will find in the elderly a very particular type of patient; one with particular psychosocial conflicts. Taking into account patient's values and ethical principles as well is a must.

This paper attempts to analyze, from the bioethical standpoint, the dilemmas posed by decision-making in Geriatrics.

KEY WORDS: Ethics; elderly; Geriatrics; decision-making.

* Médico Geriatra. Jefe Departamento de Docencia del Instituto Nacional de Geriatría.

Correspondencia: cfmercado@123click.cl

Resumo

Dilemas bioéticos em geriatria: tomada de decisões em medicina

O Chile é um país que envelhece. A destinação de recursos sanitários é insuficiente e há uma insuficiente formação médica em Geriatria e Bioética.

O envelhecimento condiciona uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade ante agressões patológicas. O ancião apresenta alta prevalência de enfermidades crônicas exigindo, portanto, maior demanda de assistência à saúde.

Os princípios bioéticos se apresentam com freqüência na prática geriátrica gerando discussões complexas. Assim sendo, o conhecimento e domínio dos mesmos é fundamental. A discussão é o instrumento básico para as tomadas de decisões e deve ser realizada pela equipe multidisciplinar juntamente com o paciente e/ou família ou representante do paciente.

Se considerarmos que tratamos de pessoas enfermas e não de enfermidades, encontraremos no idoso um tipo particular de paciente fundamentalmente pelos aspectos biopsicossociais. Devemos considerar os valores do paciente e os princípios de ética médica.

Este artigo analisa, do ponto de vista bioético, os dilemas nas tomadas de decisões médicas em Geriatria.

PALAVRAS CHAVES: Ética; idoso; geriatria; tomada de decisões.

Résumé

Les choix bioéthiques en gériatrie: le dilemme dans la prise des décisions médicales

Le Chili est un pays qui vieillit, or l'allocation des ressources pour la santé est insuffisante, et on observe également une faible formation médicale en Gériatrie et en Bioéthique.

Le vieillissement de la population donne lieu à une situation de risques majeurs et une vulnérabilité plus grande face à des agressions pathologiques. Les personnes âgées présentent une plus forte prédisposition aux maladies chroniques, accroissant ainsi la demande en matière de santé.

Dans la pratique gériatrique, les principes bioéthiques sont souvent à l'ordre du jour et conduisent à des débats complexes. Leur connaissance approfondie est donc fondamentale. La discussion est un instrument de base dans la prise des décisions et doit être menée par l'équipe interdisciplinaire en y insérant le patient et/ou sa famille ou tuteur légal.

Si nous partons du principe que nous ne traitons pas des maladies, mais des malades, nous trouverons chez les personnes âgées un type de patient très particulier qui présente des conflits d'ordre bio – psycho et sociaux. Il est primordial de tenir compte des valeurs du patient et des principes de l'éthique médicale.

Le but de cet article est d'analyser, du point de vue bioéthique, les dilemmes de la prise de décisions médicales en Gériatrie.

MOTS CLÉS: Éthique; homme âgé; gériatrie; prise de décision.

Introducción

Para un gerontólogo y geriatra es muy importante considerar al anciano que se encuentra enfermo como una persona y no sólo abordar el aspecto patológico. En el área de la salud, aún se observa una discriminación hacia éste. A través de la ética médica, nosotros podemos proteger al paciente anciano.

En las últimas décadas han ocurrido tres fenómenos estrechamente relacionados entre sí que han llamado la atención mundial pues han obligado a revisar políticas nacionales en relación a las personas. El primero de ellos es el envejecimiento poblacional. La población de 60 años y más ha crecido aceleradamente. También, el concepto de envejecimiento ha cambiado. El segundo fenómeno es el gran avance técnico-científico en Medicina, trayendo además mayor complejidad en la aplicación de estos recursos. El tercer y último fenómeno es el resurgimiento de la Ética Médica. Actualmente es posible recurrir a los derechos del paciente y también acudir a los principios bioéticos en la toma de decisiones. A pesar de que estos aclaran muchas decisiones médicas, los médicos no están aún capacitados para actuar sobre estos pilares.

Existen presiones culturales para elaborar decisiones médicas cada vez más éticas. Los mismos ancianos, sus familiares y/o apoderados tienen mayor educación en materias de salud y tienden a discutir sus evaluaciones y tratamientos. La puesta en práctica de un abordaje médico equilibrado, considerando los fenómenos demográficos y el proceso de envejecimiento, los avances científicos y los aspectos éticos, debiese resultar en el respeto a la integridad individual y social del anciano.

Los profesionales que asisten a los ancianos, y los mismos ancianos, deben conocer esta materia. Por lo tanto, este artículo se propone revisar estos fenómenos en forma individual y resumida, para luego abordar la

toma de decisiones médicas en el paciente anciano.

Fundamento teórico

Aspectos demográficos y epidemiológicos

Según el Censo de 1992 (1), la población de individuos de 60 años o más constituyen el 10% de la población total y para el año 2020 se estima que será de 16%. Los individuos de 65 años o más constituyen el 7,1% de la población total. Por sexo, predominan las mujeres a medida que se envejece.

La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2000-2005, es de 76,7 años para ambos sexos, siendo 4 años mayor para las mujeres. Según datos de las Naciones Unidas para Chile, en 1995 la posibilidad de alcanzar los 60 años era de 84% y llegada a esta edad, la sobrevida era de más 20 años.

La tasa de mortalidad de ancianos de 65 a 79 años de edad es de 41,7 por mil para los hombres y de 24,1 por mil para las mujeres. En el grupo de 80 años o más, es de 159 por mil para los hombres y de 119 por mil para las mujeres (1).

Las causas de muerte varían conforme el sexo y el subgrupo etario. Las cuatro primeras causas corresponden a: las patologías del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las neumonías y las causas externas. Algunas enfermedades son crónicas, por lo que suelen existir complicaciones previas al evento fatal. De 1990 a 1997 se logró una reducción significativa de las neumonías y de las causas externas y una leve, pero no significativa, reducción de las enfermedades del aparato circulatorio. Contrariamente, han aumentado las neoplasias y la diabetes mellitus. Las principales causas de morbilidad son semejantes a las de mortalidad, junto a los trastornos mentales.

Desde 1985 se observa un aumento sostenido de las demandas de atención en Salud Pública. En 1998, se estimaba que 73,7% de la población anciana consulta por el Fon-

do Nacional de Salud (FONASA)¹. Desafortunadamente, los registros se refieren a consultas de adulto, estando incluidos en estos los ancianos. Sabemos que un alto porcentaje de estas consultas provienen de este grupo poblacional.

Según estudios realizados por el Ministerio de Planeamiento y Cooperación (2), existen entre 7% y 10% de personas discapacitadas. Del grupo total, el 37,4% corresponde a ancianos. Las principales tipos de deficiencias están a nivel sensorial (sordera y ceguera), motor y mental.

Numerosas investigaciones han demostrado que los problemas de salud y discapacidad funcional no son inherentes al envejecimiento, que la mayoría de los ancianos se encuentra libre de patologías graves, que el patrón característico de la patología es la cronicidad, que el riesgo de enfermedad y discapacidad aumentan con la edad y que los instrumentos de medición de la funcionalidad son de evaluación obligatoria. Entre los aspectos epidemiológicos que predisponen o empeoran la discapacidad están el no ser productivo económicamente, que las mujeres posean menos recursos económicos y estén más desprotegidas del sistema de seguridad social, que exista un alto índice de viudez, que la soledad y el abandono no son raros, que la mayoría de los ancianos son mujeres, que las mujeres presenten índices de discapacidad mayores que los hombres, que son las mujeres las predominantemente cuidadoras del anciano, que las mujeres toleren más el vivir solas que los hombres. La religión y la etnia no mostraron diferencias.

La noción de aumento de expectativa de vida es fácil de entender, pero no explica toda la historia. La expectativa de vida activa o funcional considera la invalidez como punto final, y no a la muerte. Ésta puede ser re-

versible. Por ello, la rehabilitación es fundamental en este sentido.

Aspectos gerontológicos y geriátricos

Es conveniente que conozcamos algunos aspectos gerontológico y geriátricos, pues son importantes para resolver los dilemas éticos en relación al anciano.

Los escasos estudios longitudinales sobre envejecimiento muestran que las características más importantes del envejecimiento son: 1) que es no universal, 2) que es heterogéneo, y 3) que es individual. El envejecimiento es la manifestación de eventos bio-psico-sociales que ocurren a lo largo del tiempo y no con el tiempo. La edad cronológica no está directamente correlacionada a la edad bio-psico-social (3, 4).

Gerontología significa el estudio científico del proceso de envejecimiento, en sus aspectos bio-psico-social. *Geriatría* es la rama de la Medicina que se ocupa de las enfermedades del anciano. El término *viejismo* (*ageism*) describe un preconcepto contra el anciano y el envejecimiento. Tiene intereses políticos y sociales, los cuales influyen en las decisiones médicas. Desde 1945, el lema del gerontólogo y/o geriatra es “dar vida a los años y no sólo años a la vida”(3).

¿Por qué somos viejos a los 60 ó 65 años? Es una medida arbitraria, sin fundamento científico. Muchos todavía creen que al llegar a los 60 años ocurre algún evento bio-psico-social, misterioso y fantástico, marcado por el reloj, que nos transforma de adultos a ancianos. Con el envejecimiento disminuye la reserva funcional o la capacidad de responder a los cambios ambientales y patológicos. Por ello, el envejecimiento no es enfermedad ni discapacidad *per se* (3, 4). En 1825, B. Gompertz demostró que después de los 30 años la probabilidad de morir se duplica cada siete años. Esta fórmula, y luego otras, se aplicarían para cobranzas de seguros médicos y de vida, aspecto ético que torna al anciano desprotegido de los altos

¹ Fondo Nacional de Salud (FONASA). Programa Adulto Mayor. Dirección Zonal Metropolitana . Abril de 1998.

valores que debe pagar (3). Algunos morirán repentinamente, sin sufrir. Otros morirán luego de prolongadas enfermedades. Por ello, es importante prepararse para la vejez, para la enfermedad y la muerte. A través de la Geriatría Preventiva varias enfermedades irán a presentarse cada vez más tardíamente, consiguiendo más años saludables y menos años de enfermedad. A este fenómeno se llama *compresión de morbilidad*, pues las enfermedades de la vejez quedarían comprimidas en menos años de vida.

La práctica en Geriatría se orienta al individuo como un todo, realizándose una evaluación integral, determinando así prioridades y objetivos a alcanzar. Siempre se tiene una acción preventiva y curativa, si es posible. Se actúa basado en la funcionalidad, determinada por la reserva fisiológica, la integridad mental y la situación social. A través del diálogo debemos conocer, considerar y respetar los valores y costumbres del paciente, sin cuestionarlos. Es necesario recordar siempre que tratamos un individuo singular, particular y único (4, 5, 6, 7, 8).

En general, el paciente geriátrico tiene varias enfermedades crónicas (en media, cuatro patologías), las cuales incluye sus tratamientos y sus complicaciones y/o secuelas (9). Como consecuencia, demandan mayor asistencia en salud, tanto a nivel primario como secundario y terciario, incluyendo hospitalizaciones.

Entre los desafíos en Geriatría está el reconocer qué es el envejecimiento y qué es patológico, y luego convencer al anciano de esta diferencia. Geriatría es una especialidad orientada a la familia. Con la familia se tratan cuatro aspectos básicos relacionados al paciente: el soporte emocional, la toma de decisiones, la necesidad de cuidados y la educación. A la vez, en su rol de cuidadores del anciano, ellos interactúan con el médico en dos formas: como apoderados y como pacientes potenciales (9).

Medicina científica: avances tecnocientíficos

No se puede negar los beneficios que la tecnología ha traído tanto a la Medicina Clínica como Preventiva. No es necesario, ni es foco de este artículo, mencionar todo el avance tecnológico que nos ayuda en nuestra práctica. No obstante, sí es importante analizar cómo ellos han modificado la atención médica. Su efecto es innegable en la relación médico-paciente, en la distribución de recursos, en los costos y, finalmente, su uso y abuso. Se pasó de una Medicina Liberal a una de Tecnología Empresarial. Se hacen necesarias las especializaciones y subespecializaciones, pasando a buscar la enfermedad en un determinado lugar del cuerpo y no a tratar al enfermo. La Medicina adquiere su carácter de ciencia, abandonando la anamnesis y el examen físico, para obtener información impersonalizada a través de uso de la tecnología. Lo que era complementario, ahora es esencial. Lo que era alcanzable, pasa a ser inalcanzable para un gran segmento de la población, aun más para el anciano (10).

Se denomina "imperativo tecnológico" a la tendencia histórica y contemporánea de aplicar toda la capacidad técnica adquirida. Esta compulsión de hacer efectivo todo poder de realización es ciego a las implicaciones éticas que aparecen (11). Actualmente se habla de Medicina Basada en Evidencias, como instrumento para orientar la conducta médica, pues existe una diferencia fundamental entre lo que se espera que funcione y lo que comprobadamente funciona. Se pretende una Medicina más efectiva y más científica, visando optimizar beneficios y minimizar riesgos y costos. En otras palabras, podrían proteger al paciente y al médico, ante este gran acervo de información científica. Miles de artículos científicos son publicados diariamente, sin embargo la mayoría de los médicos tienen difícil acceso a esta información por factor tiempo

o por factor económico. Es importante considerar que la mayoría de las investigaciones obedece a intereses de empresas, por lo que no siempre son concordantes con las necesidades de la población o del paciente. Por ello, existe limitada evidencia científica de conductas médicas geriátricas al existir escasos estudios en ancianos o en los que, además, se incluyan ancianos.

Bases bioéticas

La Bioética estudia la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. Es de carácter interdisciplinario. Es un instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana. Tanto el *Código de Nuremberg*, como otros documentos éticos, que buscan proteger a los pacientes, son revisados periódicamente a fin de actualizarlos y adecuarlos a los nuevos desafíos.

Los principios de la bioética son cuatro: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. El principio de beneficencia, se refiere a hacer el bien a otros, de modo de restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. El principio de no maleficencia no es un principio en sí y cobra importancia cuando se quiere proteger al paciente en una acción que ofrezca más riesgos que beneficios (11) . El principio de autonomía se refiere a que el paciente tiene la posibilidad de aceptar o negar un acto médico después de ser convenientemente informado. Para ello se recomienda el Consentimiento Informado, donde el paciente expresa su conocimiento, su comprensión y su decisión al respecto. Además existe un documento, llamado Decisiones Anticipadas, donde el paciente manifiesta su voluntad o deseo de ser sometido o no a procedimientos o tratamientos en caso en que él tenga riesgo vital y no pueda decidir en ese momento. En caso que este documento no exista, se delega la decisión a

un tutor o un apoderado legal. El principio de la justicia se refiere a la equidad en la distribución de recursos y bienes considerados comunes, y da igualdad de oportunidad de acceso a estos. Se aplica más en el ámbito social.

Este principalismo se considera más un instrumento ordenador del debate y no como norma rectora de las decisiones bioéticas (11). En 1999, a través del Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, se creó un documento técnico sobre Protocolo del Derecho del Paciente², basado en la Declaración de Lisboa, de 1981. En estos se señala que todo paciente tiene derecho a recibir atención de salud sin discriminación, conocer al personal que lo atiende, acceder a la información y a la confidencialidad de su ficha clínica, decidir libremente si desea ser partícipe de actividades de docencia e investigación, informarse sobre los riesgos y beneficios de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos para decidir la aceptación o no de éstos, entre otros. Los Derechos del Paciente buscan cambiar el abordaje médico, tradicionalmente paternalista, a un abordaje compartido, entre el paciente y el médico, donde finalmente quien decide en forma responsable es el propio paciente.

Un aspecto a considerar, especialmente en el anciano, es la calidad de vida y la muerte. La calidad de vida es difícil de definir, pero arraiga el sentido de considerar el patrimonio natural del paciente, su hogar y su sociedad. Por lo tanto es un término valorativo y no descriptivo. Por lo tanto, el único autorizado en opinar sobre su calidad de vida es el propio anciano (12) . En términos economicistas, intenta relacionar los beneficios y los costos de un tratamiento. El valor del tratamiento se asigna en función al resultado de las variables tiempo de

² Protocolo Derechos del Paciente. Documento técnico para proceso de certificación. Ministerio de Salud-NASA.1999.

sobrevida, calidad de vida y costo del tratamiento. Esta fórmula nos sirve para distribuir los escasos recursos existentes, pues el tiempo y la calidad de sobrevida son inciertos (11, 12).

El médico está obligado a tratar al paciente por la valoración de calidad de vida que hace el mismo paciente. Cuando la toma de decisión está a cargo de un apoderado, se debe tener la precaución que la conducta refleje los deseos del paciente. La muerte es el cese de toda vida. Además, existen criterios médicos que definen como muerto a un ser vivo que ha perdido definitivamente las funciones cerebrales corticales. La definición de “paciente terminal” se aplica a pacientes cuya enfermedad le provocará la muerte en un tiempo estimado, al no existir un tratamiento eficaz. En patología maligna se asigna un año aproximadamente. En otras patologías (cardíacas, cerebrales, pulmonares) no se pueden establecer tiempos de evolución hacia la muerte, por su gran variabilidad.

El cuidado médico se refiere más al alivio del dolor y otros síntomas (13, 14). Los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas avanzadas no deben ser considerados pacientes terminales (4). La tecnología médica ha permitido estabilizar las enfermedades terminales, por lo que estos pacientes pueden ser mantenidos vivos por años. El principio de autonomía permite que estos pacientes puedan manifestar sus deseos de no iniciar o de suspender tratamientos indispensables para sobrevivir (15). La dignidad humana es la calidad de ser valorado, honrado o respetado. Posee un significado esencial (valórico) y otro perceptivo (de consideración). Por definición, todos tenemos dignidad; ella no es enajenable (no se la puede quitar a nadie) y es cualitativa (es igual para todos y no tiene niveles) (13).

Toma de decisiones, un dilema ético en Geriatría

Los dilemas éticos más comunes en Geriatría relacionados con la toma de decisiones incluyen objetivos de intervención médica, la relación médico-paciente, la competencia, la capacidad de decisión y las decisiones anticipadas. Además los dilemas éticos están influidos, equivocadamente o no, por la edad, el control de costos, la asignación de recursos, y las situaciones de institucionalización (4, 5, 6).

Los ancianos tienen mayor riesgo de resultados adversos, pues frecuentemente no poseen una red de apoyo social adecuada, viven en situaciones de pobreza y hay limitación de acceso y de equidad a los sistemas de salud (5,6). Los médicos deben tomar en cuenta esta situación para derivarlos, si fuese necesario, a entidades legales que los protejan y les permitan seguir las indicaciones médicas (5).

Objetivos de procedimiento diagnósticos y/o tratamiento terapéutico

El objetivo del cuidado médico geriátrico no debe enfocarse sólo en las correcciones de las anormalidades fisiológicas agudas. El principal objetivo es determinar qué alternativas conservarán y/o favorecerán el bienestar del paciente, de acuerdo con sus creencias, perspectivas y objetivos. Siempre será el paciente el que determine su calidad de vida y no el médico o un familiar. Favorecer el bienestar desde el punto de vista del paciente requiere informarse sobre él e informarle a él (8).

La toma de decisiones sobre el paciente sin su colaboración conduce con frecuencia a decisiones erradas: formas de tratamiento que reflejen la preferencia del médico, pero que quizás no sean las más favorables para los intereses de los pacientes. Es más grave cuando la toma de decisiones sin la participación del paciente puede hacerle perder sig-

nificado como persona (4, 5, 8).

Aunque la toma de decisiones suele requerir un diagnóstico y un tratamiento exacto, estos no son los únicos medios para proporcionar lo mejor al paciente. En ancianos con enfermedades e incapacidades crónicas, quizás no exista posibilidad de curación ni de mejoría en su estado general. Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas específicas pueden estar contraindicadas. La indicación de un examen o de un tratamiento sin un objetivo claro, traerá más efecto yatrogénico que terapéutico. Así, es necesario considerar la calidad de vida actual y futura del paciente (8). También debemos ver la expectativa de vida funcional, a fin de ver la posibilidad de compresión de morbilidad, ya sea con prevención primaria, secundaria o terciaria.

Los aspectos psicológico y sociales en el anciano son fundamentales como terapias coadyuvantes de cualquier tratamiento. En una decisión médica se debe considerar si existen problemas sensoriales y motores que dificulten el cumplimiento del tratamiento (traslado para rehabilitación; dosis y número de tomas diarias de un medicamento, uso de otros medicamentos y sus reacciones adversas, etc.). O al momento de dar alta hospitalaria, considerar si el paciente vive solo, en qué piso, si hay cuidadora o si alguien lo asistirá, qué tipo de problemas familiares existen, con quiénes convive, etc... (4).

Relación médico-paciente

Cabe al médico informar al paciente sus derechos, traduciendo en su conducta respeto y consideración (11). En ocasiones podrá existir desacuerdo en una alternativa diagnóstica y/o terapéutica tomada. Si el médico cree que el paciente ha hecho una elección inadecuada por falta de conocimiento e información, éste está obligado a ofrecerle una información más completa y actualizada. Si le parece que el individuo carece de capacidad mental suficiente para en-

tender la información y relevancia del problema médico, se debe solicitar un apoderado para proteger y asesorar al paciente o para que tome decisiones por él. Sin embargo, un paciente competente puede en cualquier momento abandonar el tratamiento, mas jamás el médico podrá abandonar al paciente (8, 14).

A pesar de todo, el médico no tiene la obligación de prescribir el tratamiento elegido por el paciente, si no está de acuerdo con él, aunque se trate de un paciente competente. Si no es posible resolver las discrepancias, el médico se podrá retirar del caso, después de examinar los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica, el derecho del paciente a la autodeterminación y el cumplimiento del médico de las normas sobre la práctica y la integridad profesional. Si el médico decide retirarse, deberá notificar al paciente, remitiéndolo a otro médico o dándole un tiempo para que éste busque otro médico (8).

El escuchar es una necesidad ética, pues reconoce la autonomía del paciente. Escuchar al paciente favorece la relación y le da confianza. Cuando es realizado en forma sensible y empática, este tiempo es frecuentemente mínimo.

En Geriatría el anciano muchas veces acude con un “listado de quejas”. El permitir que las relate y las aclare le hacen sentirse considerado. Además, como ocurre con frecuencia, no siempre la queja principal es el motivo de consulta. A través de la anamnesis podemos diagnosticar la mayoría de las patologías, previo al examen físico...y nos permite conocer a la persona enferma (9).

Edad como factor que influye en la toma de decisiones médicas

Como hemos visto, existe un rápido crecimiento de la población anciana, la cual demanda mayores recursos financieros en el área de salud. El racionamiento de estos re-

cursos guiados por el factor edad no es problema frívolo y crea grandes debates y foros a nivel público (8, 14). El factor edad para discriminar al anciano sólo puede considerarse desde dos puntos de vista: cronológico y no racional. Ninguno de ellos es éticamente correcto (5).

Como demuestran los trabajos sobre envejecimiento, la edad no es más que un mero marcador de tiempo y no necesariamente de envejecimiento. A pesar que el envejecimiento puede producir desafíos clínicos, poco se pude argumentar científicamente de que el anciano disminuye sus capacidades a tal punto de provocar una discriminación. El anciano mantiene sus necesidades y capacidades, lo que lo torna con derechos como cualquier individuo y paciente. Aún así se somete al anciano a injusticia de apreciación clínica, impidiendo o limitando su acceso a evaluaciones o terapias que le podrían traer beneficio (5, 14).

En general, aún se priva a los ancianos de tener acceso a tratamientos que mejorarían su calidad de vida y/o la prolongarían. Incluso, como reflejo de ello, recién se están incluyendo ancianos en protocolos de investigación. Hasta hace muy poco, la mayoría de los tratamientos y de los medicamentos no se ensayaban en ancianos, por lo que los médicos argüían que no había evidencia científica de su eficacia a esa edad para indicarlos. La características de la cronicidad de varias patologías, sumada a la disminución de la reserva fisiológica, eran factores que determinaban que los ancianos no tolerarían o no responderían a los métodos en estudio (8).

Desde un punto de vista social y político, los argumentos para el racionamiento de recursos de salud en esta edad se basan en que es la última etapa de la vida, que no son productivos y que no intervendrán en el futuro. O sea, no tienen papel social ni son responsables de su salud, como lo sería cualquier mortal humano en etapa más joven (8).

Capacidad de decisión

Es la determinación clínica de la capacidad de un paciente para tomar decisiones acerca de intervenciones terapéuticas u otras acciones relacionadas con su salud. La capacidad está determinada por el médico o, mejor aún, por el equipo de evaluación. La capacidad está relacionada con la memoria, pero no se pierde por disminución de ésta (5).

Una persona tiene capacidad de decisión si ella entiende su condición de salud; puede considerar los beneficios, los costos y los riesgos de las diferentes opciones de diagnóstico y/o tratamiento; puede evaluar las consecuencias de un tratamiento contra sus preferencias y valores; puede tomar una decisión que es consistente en el tiempo, y puede comunicar ésta a otros.

Muchos ancianos pueden tomar algunas decisiones, pero no otras. Esta situación se denomina decisión específica. Quizás puede de ser capaz de elegir entre alternativas benignas y que tengan pocas consecuencias serias, pero quizás no sea capaz de evaluar y elegir alternativas que amenazan su vida. La llamada capacidad parcial es cuando un paciente tiene la capacidad disminuida o fluctuante y puede ser colaborado en su ejercicio de decisiones autónomas. Pacientes con pérdida de memoria a corto plazo pueden ser todavía capaces de juzgar la propiedad de una intervención sugerida, especialmente si ellos muestran un padrón de elección estable a largo plazo. Pero, si los pacientes deben retener la información para elegir entre varias opciones, la pérdida de memoria a corto plazo es relevante. Si un paciente autónomo en sus decisiones es considerado incapaz por su médico, el paciente debe ser protegido de riesgo por éste, especialmente en situaciones agudas. En este sentido, el efecto de la enfermedad, de los medicamentos o de alguna complicación post-tratamiento puede excluir al paciente de la discusión de sus opciones terapéuticas (5).

Competencia

Competencia es una designación ética y legal mediante la cual se reconoce que una persona tiene la capacidad cognitiva para negociar ciertas acciones o actitudes legales. El concepto de competencia refleja una determinación social que incluye o excluye ciertas personas de toda participación y, por lo tanto, no refleja una evaluación dirigida a las capacidades o discapacidades de un individuo. De este concepto se determina la posibilidad de incompetencia. Ésta sólo puede de ser determinada por la Justicia, asignándose un apoderado legal. Esta persona no siempre conoce los valores y costumbres del anciano, por lo que es factible que no refleje la voluntad del enfermo (5, 14). Un individuo muy desorientado puede tener períodos durante los que cumpla esas condiciones generales y, por tanto, puede ser considerado competente para la toma de decisiones particulares. En contraste, un anciano institucionalizado puede mostrarse sociable y agradable, realizar sus actividades de la vida diaria, pero sufrir un trastorno cognitivo que dificulte su comprensión, hasta el punto de incapacitarlo para que tome determinaciones a futuro (5).

Un paciente declarado legalmente incompetente puede ser competente o incompetente para hacer una elección particular, al igual que otro considerado legalmente competente. En esta situación, se debe revisar con el apoderado y considerar la decisión del paciente. El médico actuará con autoridad ética y el apoderado con autoridad legal. Si existe discrepancia entre médico y tutor, se podrá acudir al Comité de Ética y a instancias legales (5). El desacuerdo del médico con la decisión del paciente no demuestra *per se* la incompetencia del paciente. Factores biológicos que influyen sobre la recepción, comprensión y expresión de la información recibida son el propio envejecimiento, patologías agudas y crónicas, medicamentos. Los factores sociales (p.ej. la escolaridad,

el alfabetismo) pueden afectar la comprensión de la información. Los factores emocionales (la depresión y la ansiedad) no vuelven incompetente a un individuo, pero pueden afectar en forma seria su capacidad de juicio (5).

Documento informado

Es el mal llamado *Consentimiento Informado*. Este documento exige: 1) el médico debe revelar íntegramente la información sobre las pruebas diagnósticas y tratamientos al paciente, las alternativas de éstas si fueran rechazadas y su riesgo/beneficio. 2) el médico debe asegurarse que el paciente haya entendido todo. Si es necesario, solicitar una persona de su confianza para que le explique y sea testigo de esta información. 3) el paciente debe tener la opción de pensar, analizar y discutir con sus familiares o acompañantes antes de decidir (4, 5, 8).

Cuando un paciente rechaza una indicación médica razonable, es necesario valorar nuevamente toda la situación, prestando atención a los componentes del Documento Informado (información y entendimiento, barrera de comunicación, y libertad de elección.) No olvidemos que este documento es dinámico y debe ser realizado en cada oportunidad que así lo amerite. Ante una situación de emergencia en la cual no se pueda contar con la voluntad del paciente, los médicos deben proveer todas las medidas correspondientes para preservar la vida del enfermo. Si posteriormente se descubrieran las preferencias del paciente, se puede modificar o retirar el tratamiento.

Incompetencia mental

Si el paciente es mentalmente incompetente, la decisión debe tomarla un apoderado, junto con una evaluación interdisciplinaria. La decisión se tomará sobre la base de la severidad del problema clínico, el estilo de vida previo del paciente y las preferencias deseada-

das previamente del paciente. Si es requerido, se llevará ante un Comité de Ética Médica (8). La mayoría de los pacientes se muestran competentes en la consulta médica. La dificultad aparece cuando un familiar duda sobre la competencia del paciente y el examen médico normal no detecta alteración de ésta. Se debe revisar patologías y tratamientos medicamentosos del paciente, para eliminar posibilidades de incompetencia temporal y/o reversibles. Es el caso de las depresiones, de estados confusionales agudos y uso de sedantes. En un paciente sin alteraciones cognitivas, rara vez una depresión puede afectar su competencia mental.

Institucionalización

El principio de autonomía le permite al paciente decidir si se institucionaliza o no. Frecuentemente los médicos y/o familiares toman estas decisiones de institucionalización sin consultar al paciente; o aún sobre la objeción del paciente. El paciente debe decidir dónde vivir y de la necesidad de sus cuidados médicos. Aun sabiendo que los cuidados necesarios para su salud no sean suficientes, el paciente tiene la opción de permanecer en su hogar. Estas situaciones se dan al alta hospitalaria, donde el paciente opta por volver a casa, sabiendo que significa un mayor riesgo, inclusive la posibilidad de muerte. Si el paciente es competente y acepta las consecuencias, la elección es legal y éticamente correcta (4, 5, 8).

Es importante considerar los aspectos legales, económicos, prácticos y de calidad de vida del paciente que no siempre concuerdan con los de la familia. Por otro lado, a veces el paciente está más protegido en una institución que en su hogar, desde el punto de vista de los cuidados médicos y sociales.

El paciente puede entrar en conflicto con los intereses de la familia o de los cuidadores que no le pueden ofrecer un cuidado adecuado. O aún más, la permanencia del anciano en casa de un familiar trae consigo di-

ficultades de relación. Las instituciones de ancianos varían en calidad de atención. No es raro el abuso y negligencia de los cuidados médicos. Generalmente son pacientes demenciados o dependientes, vulnerables al maltrato. Lamentablemente no existe un control sanitario eficiente para estas instituciones.

Muchas veces ingresan pacientes terminales a los que se les impone tratamientos fútiles. Las instituciones tienen miedo de las demandas legales. Por ello se recomienda que siempre se hable con el paciente y apoderado a su ingreso, evitando tomar decisiones al momento de la emergencia. En ellas se incluye el no resucitar. Estas decisiones deben ser evaluadas periódicamente.

Asignación de recursos

Desafortunadamente la asignación de recursos es insuficiente para la población general; más aún para la población anciana. Y, peor aún, ha sido traspasada al médico la decisión de la distribución de estos recursos (4, 5, 6, 7, 8). Se compite por la accesibilidad a estos recursos, dando prioridad a la población económicamente activa. Por ello se habla de “resolutividad”, indicando un afán curativo. Se olvida el concepto preventivo, el cual es uno de los pilares de apoyo sanitario para el anciano. Para una atención de calidad debe existir accesibilidad, equidad y eficacia de estos de recursos. Aquí es donde se observa con frecuencia la aplicación del preconcepto del *viejismo*. Va en contra del principio de justicia.

Por otro lado la necesidad de controlar gastos para obtener una distribución más equitativa va a favor de una justicia social (comutativa). El no aplicar recursos existentes, si bien muy limitados, se traduce a veces en demandas legales (5).

En general se evitan los tratamientos costosos y a largo plazo si la calidad de vida está muy limitada o, simplemente el paciente los niega (8). Por otro lado, esta situación

puede ser discriminatoria al considerar al anciano como no productivo o mentalmente incompetente. La calidad de vida la determina el paciente por sus valores y costumbres. La mejor conducta es la que considera la protección al paciente (5).

Se recomienda que una vez determinada la prioridad del uso de un recurso se debe evaluar: 1) qué es mejor para la sociedad 2) cuál es el criterio objetivo de indicación, lo que evita el viejismo, 3) que todos tengan la misma oportunidad de acceso. Una vez decidida la indicación, no podemos garantizar que ésta sea efectiva. Por lo tanto, un proceso justo asegura siempre el bien teniendo en cuenta los escasos recursos. Finalmente, tal como un procedimiento médico no garantiza un resultado positivo, la correcta aplicación de la decisión ética tampoco garantiza un resultado satisfactorio (8).

Consideraciones finales

El envejecimiento poblacional y el proceso de envejecimiento, asociados a los procesos patológicos, se ven afectados por la Medicina Científica y el Imperativo Tecnológico. La Bioética se muestra como una respuesta contemporánea a la protección cada vez más necesaria del paciente anciano, orientándonos en la toma de decisiones y otras conductas médicas.

Actualmente existen conductas éticas perfectamente reconocidas, tales como: a) la implementación de cualquier recomendación médica corresponde al paciente; b) si no se conocen los deseos de un paciente en una situación de emergencia, siempre debe actuarse para preservar la vida del enfermo; c) no resulta ético ofrecer un tratamiento médica fútil (8).

Como recomendación general creemos que es necesario actuar con base en los derechos del paciente, aplicando los principios bioéticos. La toma de decisión está determinada por la autonomía del paciente, orientada por su individualidad bio-psico-social,

considerando el proceso de envejecimiento, su enfermedad y su calidad de vida.

Siempre se debe actuar basado en la preservación de la vida (principio de beneficencia) y el alivio del sufrimiento (principio de no maleficencia), ofreciendo los recursos sanitarios necesarios para su diagnóstico y tratamiento (principio de justicia). Considerados los aspectos arriba señalados, será el paciente quien tome la decisión de aceptar o no la conducta médica (principio de autonomía). De esta manera, nosotros estaremos realizando una práctica médica geriátrica basada en la bioética.

Referencias

1. Ministerio de Salud. Secretaría Regional Ministerial. Unidad de Estadística e Informática. *Anuario Estadístico*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1998.
2. Ministerio de Planificación y Cooperación. *Adultos Mayores y Personas con Discapacidad: antecedentes Según Censo 1992, documento Social N° 52*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación y Cooperación; 1996.
3. Hayflick L. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus; 1996.
4. Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM. *Texbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4^a ed. Londres: Churchill Livingstone; 1993.
5. William B. Berkow A, Berkow R. Temas Éticos. In: Lila T. McConnell LJ, Moreno JD.(eds). *El Manual Merck de Geriatría*. Barcelona: Doyma; 1992. p. 4-98.
6. Lonergan ET. Ethics. In: Bernard LO.(ed). *Geriatrics: a Lange clinical manual* . 15 ed. Londres: Appleton & Lange; 1996. p.38.
7. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of Clinical Geriatrics: ethical Issues in Nursing Home Care*. Third ed. San Francisco: McGraw-Hill; 1994.
8. Richard H, Philip DS. *Atención Primaria en Geriatría: casos clínicos*. 2^o ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
9. Forciea MA, Lavizzo-Mourey R. *Geriatric*

- Secrets*. . Philadelphia: Hanley & Belfus; 1996.
10. Siquiera De JE. Desafíos éticos de la medicina de alta tecnología. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* 1997; 4: 105-21.
11. Kottow MH. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Universitaria; 1995.
12. Gracia Guillén D. Ética de la calidad de vida. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* 1996; 2: 31-40.
13. Sulmasy DP. Muerte y dignidad humana. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* 1997; 4: 171-88.
14. Drane JF. *El Cuidado del Enfermo Terminal: ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios*. Publicación Científica No. 573. Washington DC: OPS; 1999.
15. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioética: cuidados paliativos y Bioética* 2000; 1: 88-101.