

MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo 9

ASUNTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO 9

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

EL PRINCIPIO ÉTICO DE LA AUTONOMÍA

LA INFORMACIÓN QUE NECESITA EL PACIENTE PARA TOMAR UNA DECISIÓN

LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN

CONFLICTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA TOMA DE DECISIÓN

3.- ASUNTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE TERMINAL

MITOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE

TRATAMIENTO PALIATIVO

LA VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO FÚTIL O INÚTIL

4.- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

DISTINCIÓN ENTRE NO TRATAR, TRATAMIENTOS FÚTILES Y EUTANASIA

DISTINCIÓN ENTRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

5.- LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

6.- LA VERACIDAD:

PRINCIPIO FUNDAMENTAL EN LA RELACION MÉDICO/PACIENTE

7.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: El propósito de este módulo es brindar los elementos conceptuales y metodológicos para un manejo ético de los problemas y dilemas que se presentan en la atención del adulto mayor.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo docente, los participantes serán capaces de:

1. Reconocer la importancia de respetar el derecho de los adultos mayores a participar en la toma de decisiones.
2. Evaluar la capacidad del adulto mayor para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado.
3. Establecer una adecuada comunicación con el paciente adulto mayor.
4. Analizar los dilemas éticos que se presentan en la atención de los pacientes adultos mayores terminales.
5. Respetar el derecho de los adultos mayores a la verdad, la privacidad y la confidencialidad.

1.- INTRODUCCIÓN

En la atención médica del adulto mayor se presenta una variedad de problemas y dilemas éticos que raramente fueron presentados en el curriculum de la escuela de medicina. Desde el principio de la medicina occidental, *Primum non nocere* o “primero no hacer daño”, ha guiado la práctica médica.

Sin embargo, en un mundo moderno cuando las opciones del proceso de diagnóstico y de tratamiento se multiplican o se limitan de acuerdo a factores económicos y a otros no siempre relacionados con la medicina, es imperativo tener claros valores éticos esenciales para la relación profesional médico-paciente. Adicionalmente, hay estereotipos y mitos sobre el envejecimiento que en ciertas ocasiones pueden influir sobre el tratamiento y esta relación, por lo que es necesario hacer reflexión sobre la forma apropiada de manejar la relación profesional con el paciente adulto mayor.

En este módulo presentamos los retos y dilemas del personal de salud en la atención al adulto mayor y sus soluciones apropiadas.

2.- LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

EL PRINCIPIO ÉTICO DE LA AUTONOMÍA

La autonomía significa autodeterminación y autodirección sin coerción o control externo. En los adultos mayores, la autonomía puede disminuir enormemente en la medida en que avanza la edad y/o la fragilidad. Sin embargo, toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin coerción o control externo y este derecho no tiene fecha de vencimiento. La edad, por lo tanto, no es criterio para restringir la autodeterminación o la toma de decisiones en asuntos de salud.

Para poder considerar válida la decisión de un adulto mayor, desde una perspectiva de ética y de derechos, se requieren analizar los tres elementos siguientes:

La capacidad de la persona adulta mayor para:

- recibir la información que necesita para tomar una decisión
- hacer un juicio, o sea sopesar una decisión
- tomar su decisión sin coerción o control externo

LA INFORMACIÓN QUE NECESITA EL PACIENTE PARA TOMAR UNA DECISIÓN

Es importante que el equipo de salud tenga entrenamiento y práctica en técnicas para la evaluación de los déficit sensoriales y cognitivos del adulto mayor y adapte la forma de comunicación a las necesidades del paciente. (ver Módulos 2 y 4).

Si el paciente tiene la capacidad de recibir información, el médico tiene el deber de comunicar al paciente, ya sea directamente o por medio de otro miembro del equipo de salud, la siguiente información:

1. El diagnóstico en términos simples que el paciente pueda entender.
2. El tratamiento o plan de atención, enfatizando el propósito del mismo.
3. Riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y riesgos y beneficios de otras opciones.
4. Probables resultados con y sin tratamiento.
5. Recomendación para el tratamiento y/o auto cuidado en términos simples y comprensibles para una persona con el nivel de educación del paciente.

LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN

Cuando la capacidad cognitiva del adulto mayor está impedida, los familiares o cuidadores pueden, de manera justificable, intervenir para proteger al adulto mayor de situaciones o comportamientos que puedan hacerle daño. La prevalencia de deterioro o daño cognoscitivo entre los adultos muy mayores puede nutrir la noción de que el ejercicio de la autonomía ya no es posible a partir de cierta edad.

El emitir un juicio de que la persona mayor está incapacitada para tomar decisiones relacionadas con su salud tiene muchas ramificaciones éticas. Primero, tal juicio se utiliza frecuentemente para permitir que las decisiones básicas acerca de la vida del adulto mayor pasen a ser responsabilidad de otro, sin el consentimiento o la consulta con el paciente. Es decir, al adulto mayor se le quitan los derechos de adulto y pasa a tener una posición de dependencia infantil. Segundo, es posible que un adulto mayor que requiera múltiples tratamientos, con salud deteriorada y con déficit de memoria leves, mantenga capacidad para tomar algunas decisiones, pero no todos los tipos de decisiones. Por lo tanto, es necesario definir qué significa tener capacidad para tomar decisiones y evaluar tal capacidad en el contexto de una situación específica.

Vale notar que la incapacidad para tomar decisiones no es una categoría diagnóstica de tipo médico o psiquiátrico. La evaluación de “capacidad” tiene que ver con juicios esenciales de tipo moral, lo cual la hace compleja y de gran consecuencia. La valoración de “capacidad” o “no capacidad” se debe hacer en base a las siguientes preguntas:

- ¿Puede la persona hacer y expresar su preferencia personal, o sea, su propia decisión?
- ¿Puede la persona poner en sus propias palabras las consecuencias y los beneficios de la acción/intervención, y las alternativas que conlleva rehusar al tratamiento/acción?

- ¿Puede la persona explicar los pensamientos y las razones que respaldan su decisión?
- ¿Se mantiene constante la decisión después de un tiempo y se puede demostrar que la decisión no es resultado de un estado de depresión?

La capacidad se mide en función de la decisión que se toma. La evaluación puede estar comprometida por los medicamentos que está tomando o por factores ambientales como la hora del día, la presencia de otras personas, etc. En algunos momentos, el médico puede manipular estos factores externos para asegurarse de que la persona está en condiciones óptimas para tomar decisiones.

También es importante entender que algunas personas mayores quieren y necesitan compartir el proceso de tomar decisiones con cónyuge y/o hijos. En estos casos, si el adulto mayor elige compartir o delegar la toma de decisión a otros, se le debe respetar. En el caso de personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares, con problemas del habla, la audición o la visión, pueden necesitar más tiempo y ayuda para entender y poder comunicar una decisión. Es importante que no confundamos la incapacidad física con la incapacidad para tomar decisiones. Una persona puede tener varias discapacidades físicas sin perder por esto la capacidad de razonamiento o de juicio. En caso de que la persona esté verdaderamente incapacitada para tomar decisiones, se debe identificar al familiar más cercano o al cuidador para que lo haga en lugar del paciente.

CONFLICTOS ÉTICOS RELACIONADOS A LA TOMA DE DECISIÓN

En situaciones de conflicto, cuando existe un dilema ético y sentimos que estamos en una situación que no está bien definida, se recomienda que el profesional de salud siga una conducta basada en tres principios:

- LA COMUNICACIÓN PARA UNA MEJOR IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Se deben abrir los canales de comunicación para que cada una de las personas involucradas pueda analizar la situación dentro de una jerarquía de valores. Frecuentemente, el conflicto ético se presenta cuando se quieren cumplir los deseos del paciente, pero no se quiere ir en contra de las normas profesionales y de la sociedad. Sin embargo, en muchas ocasiones la dificultad es poder identificar claramente los elementos comunes de valor para el paciente, la familia y el profesional de salud y poder definir el problema de la forma más adecuada posible.

- LA CLARIFICACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN CON Y DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE:

No siempre la solución más obvia es la mejor. Al sopesar las alternativas presentadas, busque un consenso que refleje los intereses y los valores éticos del paciente, su

familia y el médico o centro de salud. Asegure que la decisión esté basada en la discusión y la negociación con el paciente.

- LA IDENTIFICACIÓN DE DIVERSAS SOLUCIONES Y EL CONSENSO CON TODOS LOS AFECTADOS POR LA DECISIÓN, TRATANDO SIEMPRE DE CONSIDERAR LOS VALORES DEL PACIENTE:

No siempre tenemos toda la información y todo el tiempo que se necesita para buscar una solución perfecta a problemas que son complejos y difíciles de resolver. Lo que siempre podemos hacer es asegurarnos que el paciente es considerado como adulto responsable y que en la decisión que se tome se reconozcan sus valores y se les respete.

3.- ASUNTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE TERMINAL

MITOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE

- **MITO 1: LOS ADULTOS MAYORES NO NECESITAN ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA PORQUE YA TODA ATENCIÓN MÉDICA ES FÚTIL.**

La persona vive hasta el momento que muere. Por lo tanto, lo importante es apoyar al adulto mayor en el proceso de vivir con una enfermedad terminal.

¿QUÉ REQUIERE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR AL FINAL DE LA VIDA?

La atención a las personas adultas mayores al final de la vida, requiere un abordaje activo y compasivo que provea confortación y apoyo al individuo que vive con una enfermedad crónica progresiva que es terminal. Esta atención puede incluir apoyo nutricional y de control del dolor, además de apoyo con su cuidado personal y educación para los cuidadores familiares.

El adulto mayor requiere de un cuidador sensible a sus necesidades, que respete sus valores espirituales y que ofrezca apoyo a su familia durante la enfermedad y durante el período de duelo.

- **MITO 2: LOS ADULTOS MAYORES ESTÁN BIEN PREPARADOS PARA LA MUERTE.**

Cada persona enfrenta el final de la vida con experiencias, predisposiciones y emociones distintas. Pocas personas mayores tienen la oportunidad de hablar sobre el proceso de morir y de expresar qué tipo de apoyo les gustaría tener cuando estén cerca de la muerte, dónde y cómo les gustaría morir, etc. Es importante proponer que los adultos mayores y sus hijos adultos conversen sobre la calidad de vida que se quiere tener hasta el final y el tipo de atención que les gustaría recibir para un buen morir.

- **MITO 3: LOS ADULTOS MAYORES SE MUEREN DE VEJEZ.**

La edad no es una enfermedad terminal. Las personas mayores mueren de alguna enfermedad. La enfermedad terminal por definición es un proceso irreversible que lleva a la persona a la muerte; sin embargo, el objetivo de la medicina no es solamente curar. El buen médico ante todo, cuida de la salud y el bienestar del paciente. El médico como cuidador, procura el bienestar del paciente mayor antes de su morir, proporcionándole cuidados paliativos y abordando la enfermedad de forma que tenga el número menor de complicaciones adversas.

TRATAMIENTO PALIATIVO

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO PALIATIVO?

El tratamiento paliativo consiste en procedimientos, tratamientos y fármacos proporcionados a un paciente terminal para mantenerlo sin dolor ni molestias. Se trata de medidas que no pretenden curar o alterar el proceso de la enfermedad o prolongar la vida. Las medidas paliativas no tienen como objetivo el prolongar o acortar el proceso de la muerte, sino el proveer alivio del dolor e integra un abordaje psicosocial y espiritual en la atención al paciente moribundo.

¿QUÉ ES CALIDAD DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA?

La calidad de atención al final de la vida significa que la persona recibe el cuidado apropiado para satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, que no se le hagan hospitalizaciones innecesarias o intervenciones fútiles o que al contrario se le abandone o se le nieguen las medidas apropiadas de alivio. La calidad de atención al final de la vida también está definida por la calidad de la interacción entre el paciente y el personal de salud y los cuidadores que lo rodean.

Para mantener la calidad de atención al final de la vida, es necesario:

- Controlar y manejar apropiadamente síntomas tales como:
 - dolor
 - disnea o problemas respiratorios
 - confusión y delirio
 - anorexia
 - depresión
 - estreñimiento o constipación
 - náusea/vómitos
 - ansiedad
 - úlceras por presión

El objetivo es no permitir que ningún adulto mayor asociado con el centro de salud, clínica o consultorio de atención primaria muera con dolor, atención no apropiada o en abandono.

- Incluir al paciente activamente en la toma de decisiones y respetar sus valores de privacidad y autonomía. Facilitar la integración de un equipo multidisciplinario para la atención y el manejo de los problemas sociales y psicológicos del adulto mayor y su familia. En particular buscar apoyo comunitario para los adultos mayores que no tengan familia o amistades en su entorno o que tengan un cónyuge o cuidador muy mayor con limitaciones funcionales y con necesidad de atención.
- Controlar y manejar apropiadamente problemas como:
 - el aislamiento
 - la marginación al interior de la familia
 - el miedo a perder su independencia
 - el miedo a ser una carga para la familia
 - el miedo a la muerte
- Utilizar redes de apoyo comunitarias, iglesias, y clubes de adultos mayores que ofrezcan apoyo a los enfermos terminales.
- Educar a la familia y vincularla a servicios sociales y a grupos comunitarios.
- Vigilar por signos de abuso, maltrato o explotación financiera.

Para prevenir el abuso, maltrato o abandono de una persona mayor al final de la vida, es necesario que el personal de salud conozca los signos y síntomas de abuso y maltrato. (ver Guías de Diagnóstico y Manejo).

LA VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO FÚTIL O INÚTIL

Los profesionales de la salud no deben ofrecer o sugerir tratamientos inútiles como opciones médicas. Los tratamientos que después de empezados demuestran ser ineficaces e inútiles deben interrumpirse.

Un tratamiento inútil es incapaz de producir los resultados por los que se planeó la intervención; es decir, no beneficia al paciente, aunque puede producir un efecto psicológico temporal. Una vez que ha comenzado el proceso final de agonía, muchas intervenciones terapéuticas corrientes se tornan inútiles. Por ejemplo:

- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN TECNOLÓGICAS

Existe una suposición a favor de proporcionar a los pacientes la comida y la bebida que prefieran, pero los pacientes terminales no deberían ser forzados a comer o beber. Se les debe ofrecer todo lo que quieran y sean capaces de ingerir. Si se cree que las deficiencias en la ingesta normal de comida y bebida son la causa del dolor o

incomodidad, se recomienda consultar a un nutricionista antes de implantar tecnologías de hidratación y nutrición.

Los procedimientos de nutrición y de hidratación artificial se consideran equivalentes a otras tecnologías médicas. Su uso requiere el consentimiento del paciente o de su sustituto y se puede omitir o interrumpir bajo condiciones similares a las de otras intervenciones médicas.

- RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y ÓRDENES DE NO RESUCITACIÓN

La resucitación cardiopulmonar es inútil si las ventajas médicas para el paciente son inexistentes. La resucitación se vuelve dañina cuando el sufrimiento no se ve compensado por ventajas médicas reales. Los pacientes mayores tienen derecho a renunciar a la resucitación cardiopulmonar porque es una intervención invasiva y es probable que conlleve daños o discapacidad.

La resucitación cardiopulmonar es inútil cuando un paro cardíaco es parte de una progresión natural del proceso de morir ocasionado por una enfermedad incurable.

Es importante hacer notar que el beneficio médico de cualquier intervención debe ser considerado en relación con un paciente en particular, con su historia clínica y situación actual.

4.- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

DISTINCIÓN ENTRE NO TRATAR, TRATAMIENTOS FÚTILES Y EUTANASIA

Existe una diferencia real entre la omisión o la terminación de tratamientos que no tienen ningún valor terapéutico y el actuar deliberadamente para acelerar o producir la muerte de un paciente terminal.

En el caso de un paciente Terminal, se permite omitir cualquier intervención, por ejemplo: resucitación cardiopulmonar, cirugía, técnicas artificiales de alimentación y otros. Si el paciente es competente, el factor clave es que el paciente se mantenga informado y que sus valores y deseos se consideren pertinentes. Si el paciente es incompetente, la calidad de vida de éste pasa a ser considerada relevante. En resumen, cuando el paciente se está muriendo, cualquier tratamiento se puede omitir siempre y cuando se mantengan todos los cuidados paliativos, incluyendo manejo del dolor, para mantener el confort del paciente.

La eutanasia se considera una acción deliberada y precisa, cuyo objetivo es causar la muerte del individuo o apresurar la muerte.

DISTINCIÓN ENTRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

La eutanasia es una acción del médico o enfermera que tienen como objetivo terminar con la vida del paciente terminal. El suicidio asistido tiene una participación o asistencia del personal de salud, pero el individuo toma la responsabilidad de administrarse el tratamiento que ha sido proporcionado por un personal de salud. Por ejemplo, el médico, conociendo las intenciones del paciente, le suministra el número necesario de pastillas o la inyección para que el paciente termine su vida.

El médico no debe confundir el derecho del paciente a que le suministren los medicamentos necesarios para el control del dolor, aunque en algunos casos estos pueden también administrarse para acabar la vida. Lo importante en estos casos es tener claro el objetivo principal de la acción y no confundir los efectos secundarios de una intervención que tenía como objetivo el aliviar el poco confort y dolor del paciente, con acciones que tengan como objetivo principal el acelerar o causar la muerte.

Cuando un paciente terminal está recibiendo cuidados paliativos apropiados con el apoyo y cariño de una red familiar y comunitaria, la incidencia y prevalencia de la eutanasia y el suicidio asistido son mucho menores que cuando el individuo se encuentra al final de la vida sin opciones de manejo del dolor, sin acompañamiento frente a la fragilidad y sin satisfacción de las necesidades básicas de confort físico, mental y espiritual en el proceso de muerte.

5.- LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

A lo largo de la historia de la medicina siempre ha existido la firme suposición ética de que el profesional de la salud está obligado a mantener en secreto la información obtenida en la relación médico-paciente. Esta obligación se mantiene como parte del código de ética de los médicos y las enfermeras, y es necesario entender que la violación de la confidencialidad daña la relación médico-paciente y puede traer daños importantes al paciente.

Sin embargo, existen notables excepciones a esta regla:

- El paciente puede renunciar libremente al derecho de confidencialidad y permitir que su diagnóstico o información clínica se discuta y comparta con otros.
- Cuando es necesario compartir la información clínica de una persona adulta mayor con otros con el fin de proteger la vida de una tercera persona inocente; por ejemplo, cuando una persona que tiene un déficit visual grande insiste en continuar conduciendo su automóvil.
- Cuando lo requieren las leyes de salud pública concebidas para la protección de la comunidad, como es el caso con enfermedades transmisibles o para la protección del mismo adulto mayor en el caso de abuso y maltrato.

En relación con la atención al adulto mayor con una enfermedad crónica, es frecuente que exista el conflicto entre la obligación de mantener la confidencialidad de la información recibida del paciente y la necesidad e interés de los cuidadores de estar informados sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente. En estos casos es indispensable que el adulto mayor autorice la comunicación con familiares y cuidadores y que a éstos se les dé solo la información que es necesaria para la atención y el cuidado del paciente en el hogar.

Los médicos y las enfermeras deben cuidar mucho no revelar información obtenida en el marco de la relación médico-paciente y, vigilar que las comunicaciones necesarias entre los miembros del equipo de salud se hagan en un ambiente de confidencialidad y eviten hacer comentarios sobre los pacientes que puedan ser oídos por otros.

6.- LA VERACIDAD: PRINCIPIO FUNDAMENTAL EN LA RELACION MÉDICO/PACIENTE

La veracidad es el hábito moral de decir la verdad y no engañar a los otros, con o sin intención. La veracidad es un valor central en la relación médico-paciente. Sin embargo, dentro de un marco paternalista, a veces se ha tendido a no decir la verdad y a engañar al paciente con el propósito de protegerlo de alguna información que pensamos le pueda causar dolor o angustia. Por lo tanto, dentro de un marco ético que valoriza la autonomía del paciente como un valor central de la relación médico-paciente, nos preguntamos si es justificable no decir la verdad o engañar al paciente por su propio bien.

Se recomienda en todo momento que el médico tenga una relación de veracidad con el paciente adulto mayor, por requerirlo el derecho y la dignidad del individuo. Además la mayoría de los geriatras reconocen que las personas adultas mayores y sus familias pueden recibir información sobre su diagnóstico y pronóstico, aunque ésta traiga malas noticias. El conocer la verdad de una enfermedad terminal le permite al paciente y a su familia prepararse para lo inevitable. Sin embargo, es importante tomar en cuenta los siguientes consejos:

- Conozca a su paciente, algunas personas mayores simplemente prefieren no saber toda la información sobre su pronóstico. En este caso, es importante que no se engañe al paciente, aunque es permisible y recomendable que el médico respete los deseos del adulto mayor. Si no está seguro de los deseos del individuo, simplemente pregúntele.
- El deber de decir la verdad no requiere que la verdad se diga de cualquier forma. Es frecuente que el diagnóstico de una condición compleja no tenga una confirmación absoluta o presente un pronóstico claro. En estos casos podría ser justificable el ocultar un diagnóstico inseguro hasta tener mejor confirmación o proponer una serie de escenarios que empiecen a preparar al paciente para una situación que le podría ser difícil.

- El deber de decir la verdad no requiere que el médico le dé información al paciente que le podría ocasionar daño. Por ejemplo, a un paciente con síntomas depresivos no se le da información que pudiera agravar estos síntomas hasta que la persona no esté en condiciones de recibir dicha información.

7.- BIBLIOGRAFÍA

Drane, James F. (1999). El cuidado del enfermo terminal. Publicación científica No. 573, WDC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Fisher, Rory (2000). Canadian End of Life Care Manual. www.rgp.toronto.on.ca/iddg/.

Lynn, Jo Ann (2000). Handbook for Mortals. A Guide for Living with Serious Illness. New York: Oxford University Press.

Peláez, Martha (1993). Enhancing Autonomy in Long Term Care. Miami: Publicación de la Universidad Internacional de la Florida.