



## EDITORIAL

### Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria

### Diagnostic and therapeutic discrimination in the very elderly in daily clinical practice

M. Ángeles García Alhambra

Servicio de Geriatria, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

La discriminación al anciano en la atención sanitaria es un tema controvertido. Con frecuencia, el debate se simplifica defendiendo dos tesis opuestas. Mientras que unos piensan que hay discriminación positiva en el adulto mayor debido al elevado uso de recursos sanitarios y obtención gratuita de fármacos, otros sostienen que existe clara discriminación negativa, por la escasa participación de los mayores en ensayos clínicos aleatorios y menor indicación de pruebas diagnósticas y terapéuticas que en el adulto joven<sup>1,2</sup>. El artículo de Molina-Garrido y Guillén-Ponce, pone de relieve la infratilización de la quimioterapia adyuvante en el cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años, como ejemplo de discriminación negativa.

El acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos novedosos en edades avanzadas, exige una valoración cuidadosa sobre aspectos médicos y éticos desde el primer contacto con el paciente<sup>3,4</sup>.

Solemos argumentar que la discriminación negativa, vulnera el principio ético de la justicia. Sin embargo, los principios éticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia tampoco se respetan cuando se discrimina por razones de edad avanzada.

Debido a la heterogeneidad de nuestros pacientes, quizás no sea útil en geriatría justificar la toma de decisiones sanitarias partiendo desde los principios generales de la bioética hacia el caso particular; parece más adecuado recorrer el camino inverso, yendo del caso concreto a los principios generales.

En primer lugar, cada caso requiere una indicación médica de actuación según las guías de práctica clínica vigentes<sup>5</sup>, en el seno de una Valoración Geriátrica Integral<sup>6</sup>. Es el primer paso para evitar la discriminación negativa. Analizar el problema médico del paciente: si es agudo o crónico, reversible o no, su pronóstico, y las posibilidades de tratamiento, con el menor daño para el anciano. Con ello respetaremos la buena práctica clínica y los principios éticos de beneficencia y no maleficencia. En segundo lugar, debemos considerar las preferencias del paciente tras un proceso adecuado de información<sup>7</sup>, valoración de su competencia<sup>8</sup> y conocimiento sobre la delegación de sus decisiones. El paciente mayor, debe

recibir información de su proceso, pero a veces no tenemos claro cómo, cuánto y a quién hay que informar. Con frecuencia hacemos «invisible» al anciano en la consulta o en la visita hospitalaria. Hablamos y decidimos con sus familiares y otros profesionales sanitarios, pero sin contar con el principal implicado. También pueden añadirse dificultades en el proceso de la información tanto por el propio paciente (déficits sensoriales, deterioro cognitivo), el profesional (falta de tiempo...), o familiares (atribuirse sin delegación expresa, la interlocución y capacidad de decisión). La valoración de la competencia del anciano en el ámbito sanitario, para recibir información y decidir entre las opciones posibles, debe hacerla el facultativo según mandato legal<sup>9</sup>. Pero la ley no nos dice cómo, ni con qué instrumentos realizarla. Desde el punto de vista práctico, hemos de considerar si el anciano puede decidir en el asunto sanitario concreto, y las consecuencias derivadas de su elección. En caso de no ser considerado competente, sus familiares o allegados recibirán información y tomarán las decisiones. Respetaremos así el principio ético de la autonomía del paciente, que además es base legal de la relación clínica actual. En tercer lugar, habría que considerar la calidad de vida del anciano. Los médicos tendemos a medir los resultados exitosos de nuestras intervenciones en términos cuantitativos, como una mejoría en la supervivencia tras determinadas intervenciones sanitarias. Pero a veces no reparamos en la calidad de vida individual, de especial relevancia en el adulto mayor, y que no siempre se corresponde con los resultados de las escalas diseñadas, o con las preferencias personales de familiares y profesionales sanitarios<sup>10,11</sup>. Una adecuada aproximación a la calidad de vida, respeta los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Y por último, no podemos olvidar los condicionantes del entorno del anciano, que pueden influir en la viabilidad de realización de pruebas diagnósticas o de tratamiento<sup>12</sup>. Si suponen una carga excesiva, o el paciente no tiene apoyo suficiente, pueden rechazarse. Tampoco deberíamos indicar pruebas o tratamientos si los recursos sanitarios son limitados, o indicar procedimientos con el único objetivo recoger de datos para nuestros estudios, sin considerar el beneficio real que obtiene el paciente.

En conclusión, se podrían evitar numerosos casos de discriminación en el anciano en la práctica clínica diaria, conociendo las indicaciones médicas de actuación, realizando una correcta

Correo electrónico: [mgarciaal.hugum@salud.madrid.org](mailto:mgarciaal.hugum@salud.madrid.org)

Valoración Geriátrica Integral, y teniendo en cuenta los aspectos éticos generales y particulares de cada caso.

### Bibliografía

1. Beauchamp TL, Childress JF. Justice. Principles of biomedical ethics. 6<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2009.
2. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 7<sup>th</sup> ed. New York: The Mc Graw Hill Companies; 2010.
3. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011, doi:10.1016/j.regg.2011.06.0070.
4. The Goals of Medicine: Setting New Priorities. Hastings Cent Rep. 1996;26 (Suppl):1S-27.
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, editores. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Harcourt; 2000.
6. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Art.No.:CD006211. Doi:10.1002/14651858.CD006211.pub2.
7. Simón Lorda P. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Ed. Triacastela; 2000.
8. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. A mayor riesgo, criterios más estrictos. En: Couceiro A, editor. Bioética para Clínicos. Madrid: Ed. Triacastela; 1999. p. 166-76.
9. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art 5 (apartado 3). BOE n° 274, 2002. p40126-40132.
10. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la Bioética. Bilbao: Ed. Desclee De Brower; 2003.
11. Donalson MS, Friel JM. Measuring quality of care at the end of life. Arch Intern Med. 1998;158:121-8.
12. Kilner JF. Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient selection. New Haven: Ed. Yale University Press; 1990.