

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CONTEXTO DE LA DEMENCIA

PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP IN DEMENTIA CONTEXT

DR. JORGE GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ (1), DRA. TERESITA RAMOS F. (2).

(1) Centro Médico San Jorge, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

(2) Centro Médico Memoriza. Santiago, Chile.

Email: jorgegonzalez@memoriza.com

RESUMEN

La demencia se caracteriza por el deterioro paulatino de las capacidades mentales de quien la padece, lo que afecta también la funcionalidad, conciencia de realidad y capacidad de tomar decisiones. Como consecuencia, la relación médico-paciente (RMP) adquiere ribetes particulares que demandan también habilidades específicas por parte del médico. En este artículo se discuten diversos hitos de esta relación, como la comunicación del diagnóstico, el necesario trabajo conjunto con el cuidador, la discusión de alternativas terapéuticas, el seguimiento, la determinación de competencias, la tendencia a cosificar al paciente, la decisión de institucionalizar y los cuidados al fin de la vida. Se otorgan recomendaciones para trabajar estos aspectos, de acuerdo a la severidad de la demencia, desde una perspectiva ética y práctica, teniendo en consideración los valores y preferencias del paciente y sus cuidadores.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, demencia, cuidador, familia, relación médico-paciente, ética.

SUMMARY

Dementia is characterized by a gradual deterioration of the mental capabilities of sufferers, which also affects their functionality, awareness of reality and decision making abilities. As a result, the doctor-patient relationship (RMP) has special features that also require specific skills by the physician. In this article, some aspects of this relationship are discussed, such as: diagnosis disclosure, the work with the caregiver, the therapeutic alternatives discussion, monitoring, determination of competence, the tendency to reify the patient, the decision to institutionalize and end of life care. Recommendations are given to work on these aspects according to the severity of dementia, and are addressed from an ethical and practical perspective, keeping in mind the values and preferences of patients and their caregivers.

Key words: Alzheimer's disease, dementia, caregiver, family, patient-physician relationship, ethics.

INTRODUCCIÓN

En la medida que las poblaciones envejecen en relación a una mayor expectativa de vida, como es el caso de Chile, las demencias constituyen un problema más prevalente, que afecta durante muchos años al enfermo que lo padece y a su grupo familiar. Cada vez con mayor frecuencia, no sólo los especialistas dedicados al tema, sino todos los médicos, se ven enfrentados a pacientes que presentan este tipo de problema, ya sea como motivo de consulta o comorbilidad. El hecho de que el enfermo pierda progresivamente sus capacidades cognitivas, autovalencia, conciencia de enfermedad y capacidad de decidir, amerita un enfoque particular de la Relación Médico-Paciente (RPM). El objetivo de este artículo es analizar las peculiaridades más relevantes de este encuentro y realizar algunas recomendaciones que contribuyan a hacer de esta relación una fuente de satisfacción para el paciente y sus cuidadores y de realización para el propio médico.

Aunque muchos de los conceptos aquí vertidos puedan hacerse extensivos a distintas causas de demencia, se referirá especialmente a la Enfermedad de Alzheimer, que es la más frecuente y mejor estudiada.

Será necesario analizar los desafíos que se presentan en las diferentes etapas de la enfermedad, para lo cual se utilizará la Escala Clínica de Demencia (Tabla 1) (1, 2).

Hoy en día, la tendencia es fomentar y respetar la autonomía y preferencias del paciente hasta donde sea razonable y, en caso de no estar mental o psicológicamente capacitado, las decisiones recaen en su representante legal o cuidador. Proporcionar un trato digno, respetar la confidencialidad e informar sobre los diagnósticos, pronósticos y opciones terapéuticas constituyen imperativos éticos que en Chile están garantizados por ley (3).

COMUNICANDO EL DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER

El paciente y sus cuidadores tienen derecho a conocer el diagnóstico y sus consecuencias y es deber del médico comunicarlo en un lenguaje comprensible para ellos. De hecho, la mayoría de las personas desearía saberlo si fueran ellos los pacientes (4). Lamentablemente muchos facultativos eluden esta responsabilidad con discursos evasivos o frases ambiguas (5).

Evidentemente comunicar una mala noticia requiere prudencia y habilidades relacionales que a menudo no se enseñan suficientemente en las universidades. Por otra parte, hay que disponer del tiempo necesario para explicar el pronóstico, posibilidades terapéuticas y las dudas que naturalmente saldrán a la palestra. En este sentido se recomienda dedicar una sesión específicamente para entregar la información fundamental y utilizar los controles posteriores para reforzarla y seguir educando (6). Conviene además evitar actitudes nihilistas, poniendo más bien el énfasis en las capacidades residuales y en el cómo alcanzar la mejor calidad de vida de acuerdo a las limitaciones propias de la enfermedad (7).

En la etapa de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es posible que el paciente acuda solo y dado que la evolución a demencia es un hecho probable, pero no definitivo, deberá plantearse en esos términos a él e idealmente a algún acompañante que el paciente consienta. Esto le permitirá tomar decisiones mientras aún puede hacerlo (ej. jubilación, herencias, participación en ensayos clínicos, cuidados al fin de la vida) (6). En la etapa de Demencia, la participación del cuidador es mandatoria (7).

Hay situaciones en que podría ser más prudente no comunicar directamente el diagnóstico al paciente. Por ejemplo, si no quiere saberlo. En este sentido se recomienda preguntarle por esta

TABLA 1. ESCALA CLÍNICA DE DEMENCIA

DEMENCIA CUESTIONABLE O DETERIORO COGNITIVO LEVE: Minimental mayor a 25. Corresponde a un paciente autovalente que presenta sólo pérdida de la memoria episódica objetivable en una evaluación neuropsicológica formal.
DEMENCIA LEVE: Minimental 21 a 25. Se agrega desorientación en el tiempo y dificultad en algunas actividades instrumentales de la vida diaria (ej. manejo de finanzas, toma de medicamentos, preparación de alimentos).
DEMENCIA MODERADA: Minimental 11 a 20. Se agrega desorientación espacial y dificultades en algunas actividades básicas de la vida diaria (ej. vestirse, bañarse).
DEMENCIA SEVERA: Minimental 0 a 10. El paciente se muestra severamente desorientado en tiempo y espacio y dependiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3829948>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3829948>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)