Participación del paciente con demencia en las decisiones clínicas

"XII Jornadas de Neurología"
Valdivia 2016

memoriza.com

Dr. Jorge González-Hernández
Neurólogo
Comisión Ética Sonepsyn

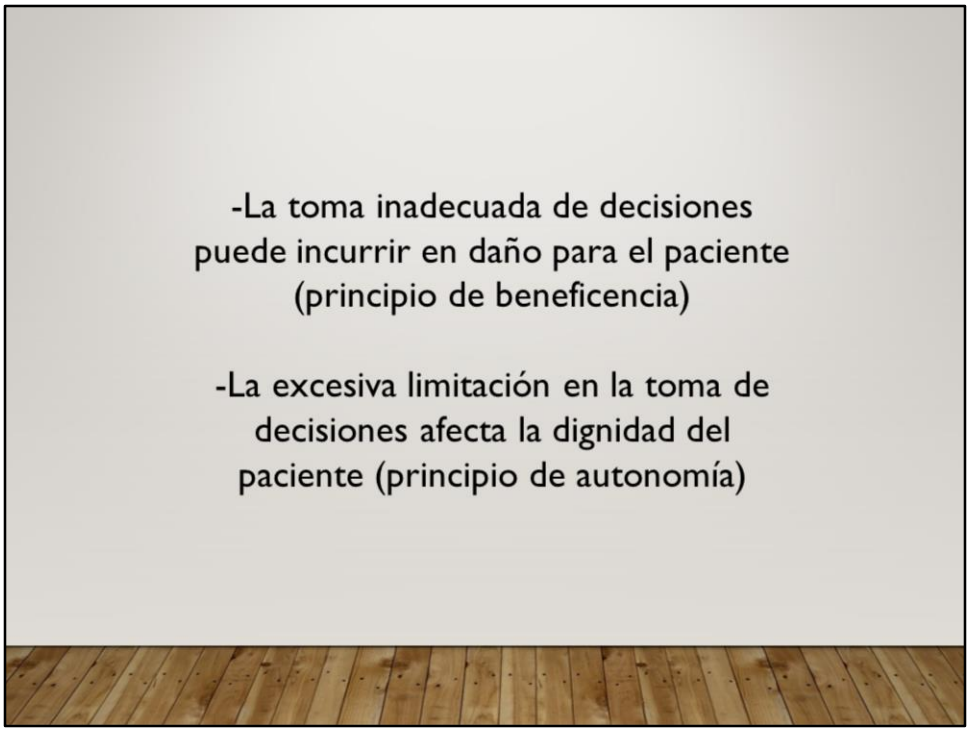
SONEPSYN
SOCIEDAD DE NEUROLOGIA PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

(Últimos 24 meses)

Llene el siguiente cuadro con su información, para detectar eventuales conflictos de interés.

Honorarios por dictar conferencias	Apoyos en $ para asistir a congresos
Novartis 2014	No
Honorarios por consultorías u otros	**Fondos para investigación**
No	No



Es un tema complejo dado que la falta de restricción puede traer serias consecuencias al paciente y su entorno, vulnerando el principio de beneficencia. La excesiva restricción por otra parte, puede afectar la dignidad de la persona, vulnerando el principio de autonomía.

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.

DEMENCIA LEVE: Minimental 21 a 25. 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. Dificultades en algunas actividades básicas de la vida diaria (ej. vestirse, bañarse).

DEMENCIA SEVERA: Minimental 0 a 10. Dependiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria.

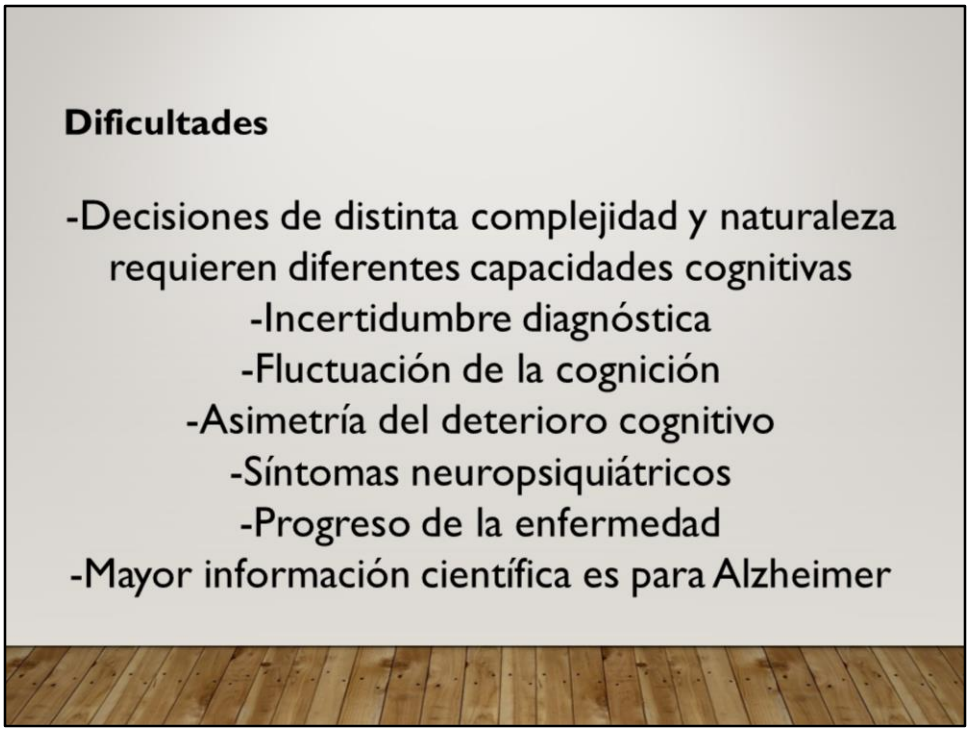
Hughes C, *The British Journal of Psychiatry 1982; 140: 566-572.*

Decisiones clínicas más complejas:

-Revelación del diagnóstico
-Institucionalización
-Participación en protocolos de investigación
-Uso y limitación de tratamientos

El proceso normalmente se activa cuando hay opciones

La autonomía se entiende como un atributo de las personas que actúan libremente siguiendo un plan que ellas mismas se han trazado. Por extensión, también se llaman "autónomas" a las acciones de las personas cuando no se realizan bajo coerción ni amenazas externas, y cuando son conscientemente elegidas por un agente



Con el tiempo, se va perdiendo también la capacidad de tomar decisiones y es común que familiares, notarios o tribunales soliciten al médico se pronuncie al respecto. Por supuesto, la vida está llena de decisiones que se toman a cada momento y que requieren diferente nivel y tipo de capacidades cognitivas. No es lo mismo decidir si desea un té o un café que si contrae matrimonio, transfiere una propiedad o participa en un ensayo farmacológico.

Elementos a considerar

-Capacidad de comprender las distintas alternativas de elección

-Capacidad de evaluar las consecuencias de las decisiones

-Estabilidad en la decisión tomada

-Capacidad de insight respecto a su deterioro

-Capacidad de expresarse

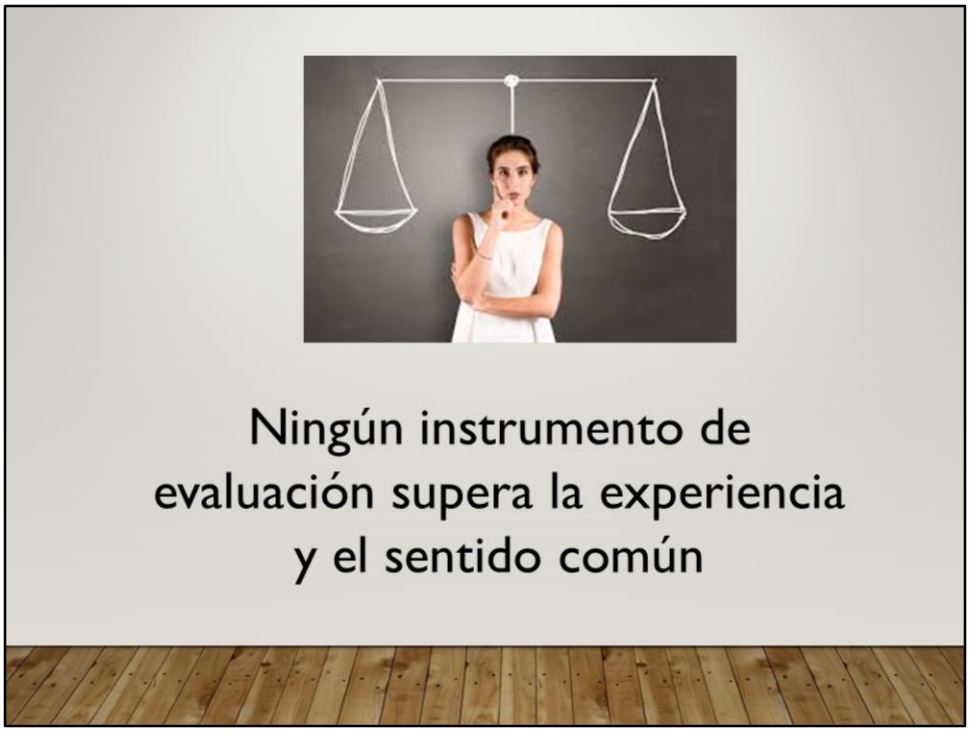
Concern for the autonomy of a person with dementia requires an assessment of an individual's competence, or capacity to understand the relevant options and consequences of a particular task or decision in light of one's own values

La capacidad de tomar decisiones debe presumirse y la falta de capacidad deberá demostrarse

Fuentes P, Prato JA. Truth telling of alzheimer's disease diagnosis. *Rev Med* Chil. *2012;140:811-817*

¿Qué es una buena decisión?

Respeto por los valores del paciente



Las escalas y test son solo referenciales; no hay puntajes de corte absolutos. Aunque es improbable que un paciente con demencia moderada o severa (Minimental menor a 20) sea capaz de tomar decisiones complejas, no hay ningún test que supere la experiencia y sentido común del examinador.

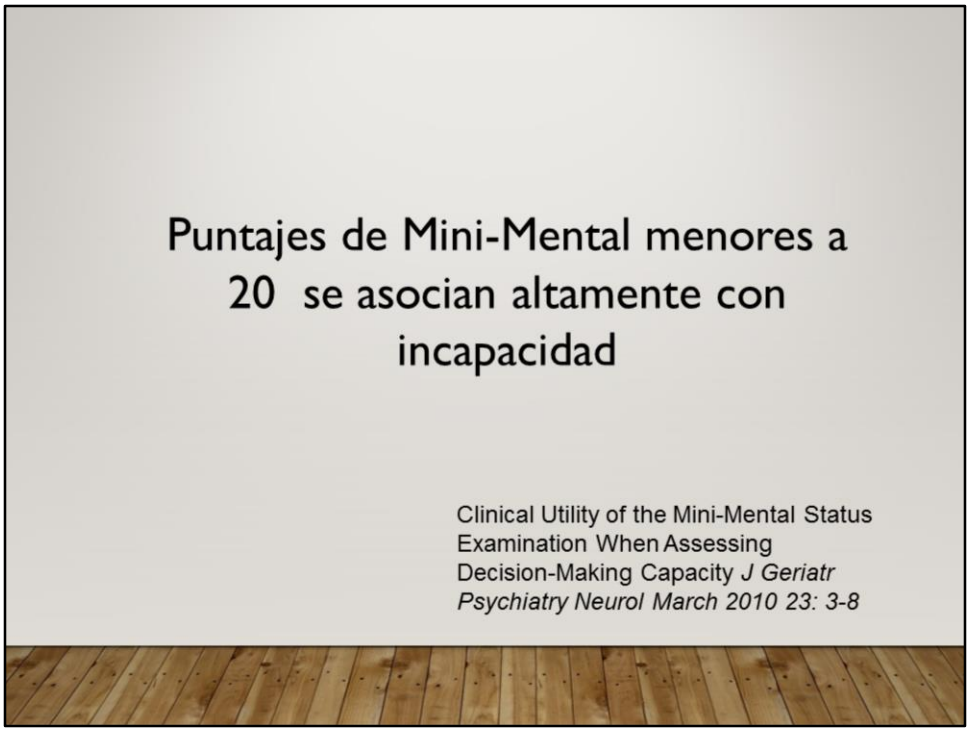
MacArthur Competence Assessment Tool

En criterio	Subcriterio	Preguntas para evaluación
Comprensión	De la enfermedad Del tratamiento De beneficios y riesgos	Dígame en sus propias palabras lo que su médico le ha explicado sobre: Su problema de salud Tratamientos recomendados Alternativas de tratamientos y riesgos Riesgos y beneficios de no seguir el tratamiento
Apreciación	De la enfermedad Del tratamiento	¿Qué piensa que está mal con su salud actualmente? ¿Cree que necesita algún tipo de tratamiento? ¿Qué beneficios tendrá el tratamiento? ¿Por qué cree que los médicos le han recomendado ese tratamiento? ¿Qué piensa que pasaría si no se trata?
Razonamiento	Sobre las consecuencias Comparativo con otros tratamientos Predictivo de las posibles consecuencias Consistencia lógica del procedimiento elegido	¿Cómo decidirá aceptar o rechazar el tratamiento? ¿Qué lo hace elegir cierta opción sobre otra?
Elección-comunicación	Comunica una decisión	¿Puede decirme cuál es su decisión? Si no es así, ¿qué es lo que hace difícil tomar la decisión?

Appelbaum P, Grisso T. New England Journal of Medicine 1988; 319 (25): 1635-8.

Existen muchas propuestas para intentar protocolizar la verificación de la capacidad. De ellas la más utilizada en servicios clínicos en Estados Unidos de Norteamérica es la denominada *"Mac Arthur Competence Assessment Tool",* diseñada por Grisso y Appelbaum. Se divide en cuatro criterios y diez subcriterios. A diferencia de otras herramientas, incorpora información específica sobre la situación sobre la que se tiene que tomar una decisión. Tiene alta fiabilidad interobservador. Su realización toma aproximadamente 20 minutos. No está validado aún en Chile.

Además de los test psicométricos, las entrevistas semiestructuradas, que incluyen preguntas específicas respecto a la decisión que el paciente debe tomar, constituyen una guía razonable para conocer el nivel de capacidad y la inclinación del paciente respecto al tema a decidir.



La valoración neurocognitiva es esencial. Se ha reportado que el instrumento Mini-Mental State Examination (MMSE) tiene buena correlación con el juicio clínico de incapacidad y podría tener utilidad en identificar a los pacientes en rangos bajos y altos de incapacidad. Se considera que puntajes menores a 19 se asocian altamente con Incapacidad.

PREGUNTAS GUÍA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES

- ¿Puede el paciente elaborar y expresar su decisión personal?
- ¿Puede el paciente justificar la decisión tomada? ¿Sus motivos son racionales?
- ¿Puede el paciente comprender los riesgos y beneficios de su decisión?
- ¿Puede el paciente comprender las implicancias de su decisión?

California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management. Guideline for Alzheimer's Disease Management. Tercera edición, California 2008: 9-18.

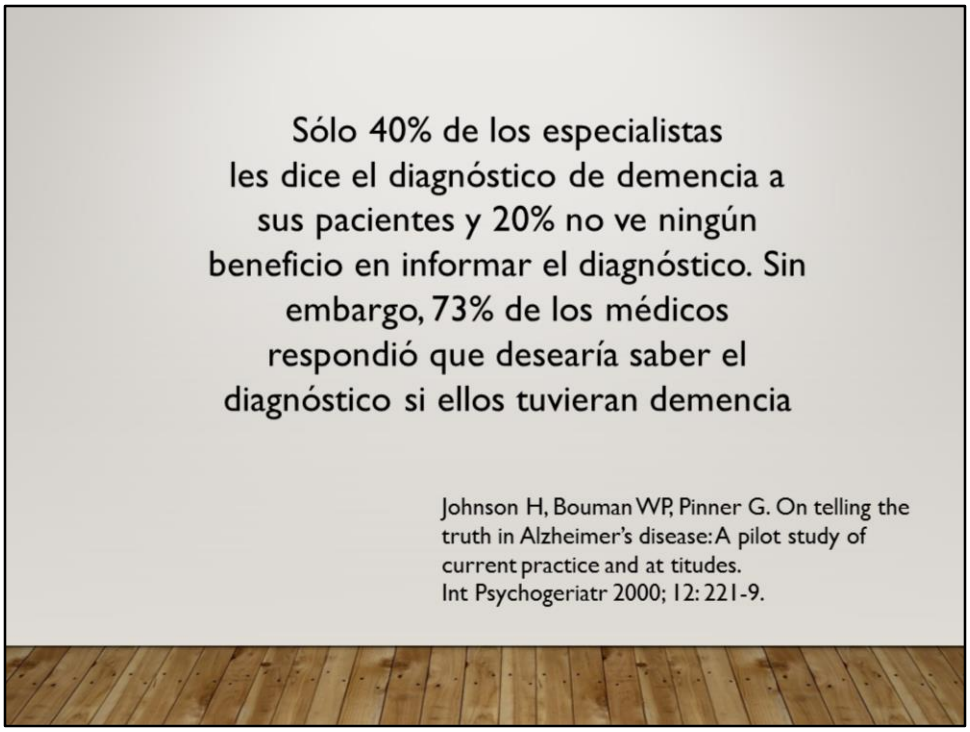
Un ejemplo: Revelación del diagnóstico de Alzheimer

Las **Guías Clínicas del Minsal** recomiendan "comunicar a la familia el diagnóstico en forma precisa" y "discutir con ellos qué clase de información se debería entregar al paciente"

Guías Clínicas de trastornos cognitivos y demencias en el adulto mayor, Minsal 2005

Las **guías de la Asociación Médica Americana** recomiendan dar el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer "si es posible"

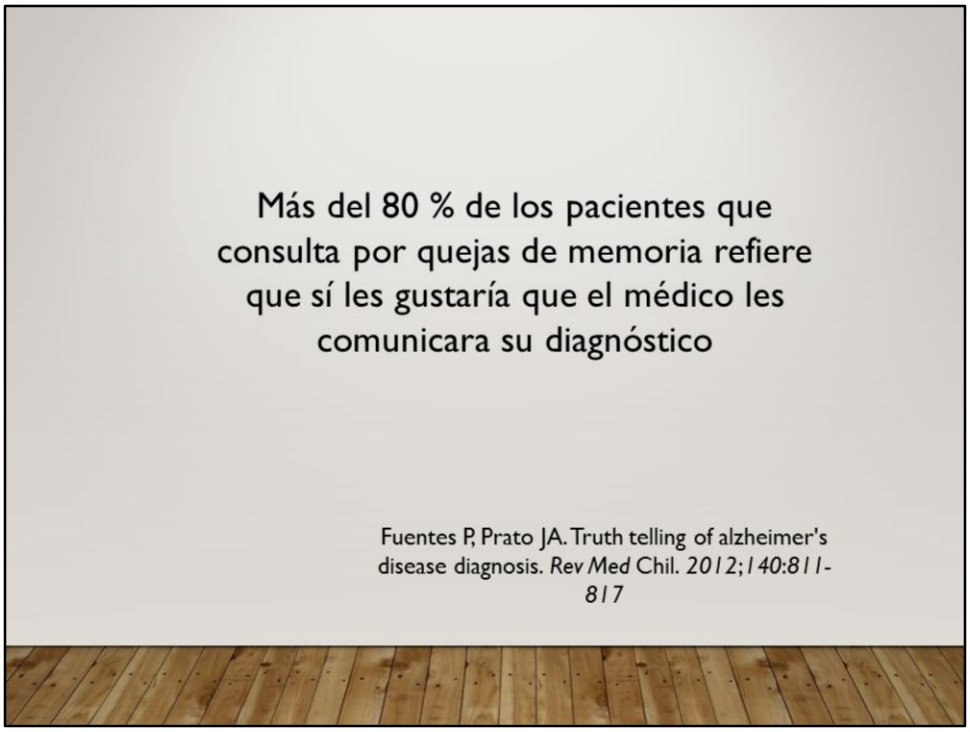
Raicher I, Caramelli P. Diagnostic disclosure in Alzheimer's disease. Dementia & Neuropsychologia 2008; 2 (4): 267-71.



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. Lamentablemente muchos facultativos eluden esta responsabilidad con discursos evasivos o frases ambiguas

43% de los familiares estarían de acuerdo con que se le informara el diagnóstico al paciente

Vilela LP, Caramelli P. Alzheimer's disease as viewed by relatives of patients at public and private clinics. Rev Assoc Med Bras 2006; 52: 148-52.



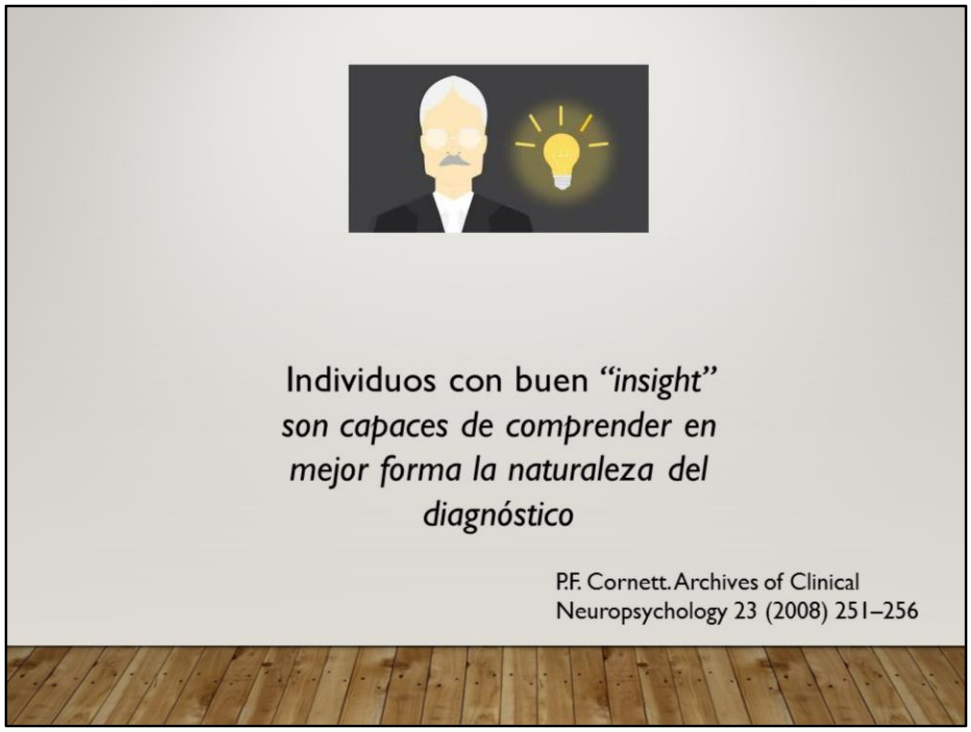
Un estudio de 224 adultos (sólo 19% mayores de 65 años) mostró que más de 90% de los pacientes quisieran saber el diagnóstico de EA para poder hacer planes, tener una segunda opinión y arreglar asuntos familiares. En un estudio realizado en el Reino Unido se encuestó a pacientes mayores de 65 años con problemas de memoria previo a analizar su diagnóstico. Se les preguntó cuál pensaban era la causa de sus problemas de memoria y si querían saber el diagnóstico si tenían Enfermedad de Alzheimer.
Sesenta y seis porciento de los pacientes no sabían la causa de sus problemas de memoria, 86% quería conocer la causa

Tabla 1. Argumentos para decir o no el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer

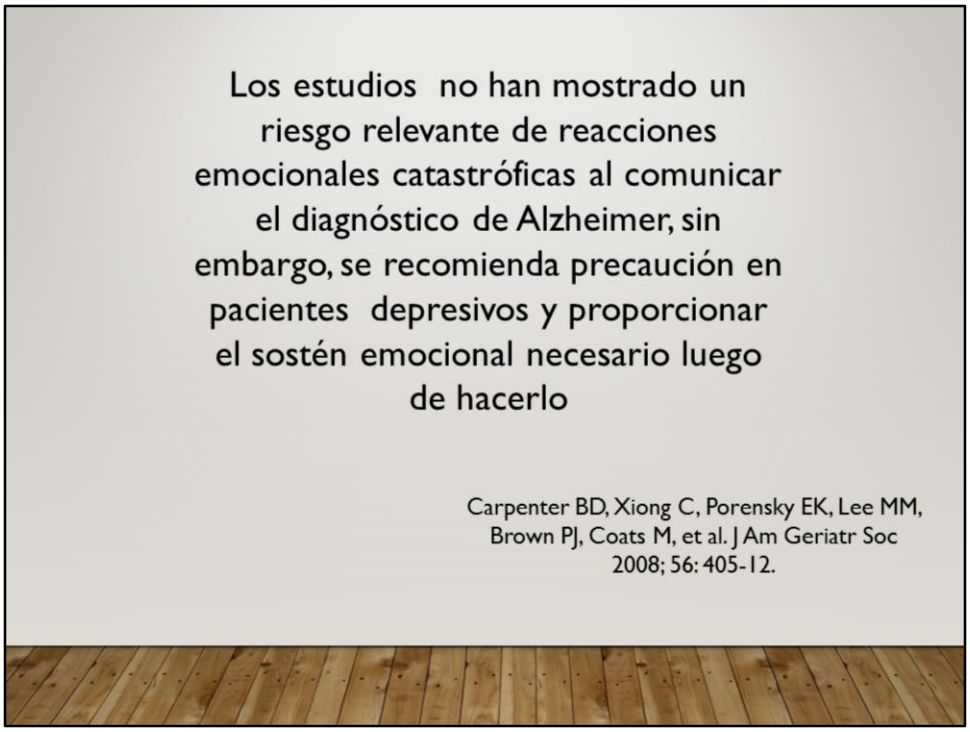
Argumentos para decir el diagnóstico	Argumentos para no decir el diagnóstico
Derecho a saber	Derecho a no saber
Alivio de la ansiedad al conocer razón de problemas de memoria	Precipitación de ansiedad y depresión por la noticia (incluso suicidio)
Acceso temprano a la terapéutica apropiada	Incertidumbre sobre diagnóstico y pronóstico. Ausencia de tratamientos curativos
Posibilidad de ordenar asuntos personales y económicos (testamento)	
Oportunidad de planificar el futuro, anticipar su cuidado y prepararse para los cambios que le sucederán a medida que la enfermedad avance	

Fuentes P, Prato JA. Truth telling of alzheimer's disease diagnosis. *Rev Med* Chil. *2012;140:811-817*

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 preferencia al inicio de la RMP, cuando recién está comenzando el proceso diagnóstico. También podría ser inapropiado cuando el paciente está deprimido, ansioso o con algún trastorno conductual y se estima que esa noticia podría descompensar su cuadro psiquiátrico. En demencias más avanzadas, cuando el paciente ya no tiene conciencia de su deterioro cognitivo o no tiene la capacidad de procesar o retener la información, también será de escasa utilidad comunicarlo.



Prior to receiving a diagnosis, individuals who are aware of their cognitive deficits may experience feelings of isolation and confusion due to their uncertainty of whether they are developing a cognitive disorder (Vernooij-Dassen et al., 2005). Maguire (1996) found that the more aware persons are of their deficits, the more at risk they are for experiencing adverse psychological outcomes subsequent to receiving a diagnosis of dementia. The patient in the late mild to moderate stages of Alzheimer's may not have adequate awareness to relate the diagnosis of dementia to their own behavior and will likely not benefit from disclosure.
Therefore, an important component of a neurocognitive evaluation should include the assessment of the patient's ability to comprehend and cope with the diagnosis.
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. 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



Además de la autonomía, está involucrado el *principio ético de la no maleficiencia. La no malefi*ciencia establece la obligación de no hacer el mal. Al informar el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer al paciente, aunque ésta sea la verdad, se puede hacer un daño por el impacto que esta noticia puede tener sobre él. Esto se puede expresar en forma de depresión y en casos extremos de ideación suicida.

Un artículo de revisión de la literatura sobre diagnóstico precoz de demencia y riesgo de suicidio, hace mención a estudios que no han mostrado una reacción emocional catastrófica al discutir el diagnóstico de demencia. Sin embargo, reconoce que existe un riesgo de conducta suicida (aunque mínimo) en pacientes con demencia, sobretodo en los tres primeros meses del diagnóstico.

A través de la entrevista, intentar evaluar si el individuo quiere saber la explicación final de sus problemas de memoria. Es importante también el aporte que puede hacer la familia sobre qué es lo que querría el individuo y cómo ha enfrentado malas noticias en el pasado. Si el individuo expresa querer saber la causa de las alteraciones de su memoria, entonces se sugiere proceder a revelar el diagnóstico. Si el individuo no manifiesta deseo de saber la causa de sus problemas de memoria o incluso expresa en forma explícita no querer saber el diagnóstico, se debe respetar el derecho a no saber el diagnóstico.

Ejemplo de evaluación de capacidad:

-¿Cómo está su memoria?

-¿A qué atribuye este problema de memoria?

-¿De qué modo le afecta? (emocional, funcional)

-¿Piensa Ud. que necesita ayuda para algunas tareas?

-¿Qué sucedería si este problema no tuviera cura y fuera progresando?

-Si fuera así, ¿cree usted que sería importante saberlo? ¿Para qué?

Conclusiones:

-La evaluación de la capacidad para la toma autónoma de decisiones en un paciente con demencia es un proceso complejo y dinámico

-Debe incluirse en la determinación de incapacidad: la certeza diagnóstica, el estado cognitivo y conductual y la complejidad de la decisión a tomar

-Así mismo en lo casos dudosos, deberá evaluarse la capacidad de comprender las alternativas a decidir, sus eventuales consecuencias y la capacidad de expresar libremente su voluntad

-Siempre que sea posible y, aún ante la existencia de un tutor, deberá consultarse al menos la preferencia del paciente y/o con algún familiar lo que se estime que él hubiera preferido antes del deterioro

-Si el paciente está en una etapa leve de demencia, el diagnóstico es claro, tiene conciencia de enfermedad, desea saberlo y no presenta ningún trastorno psiquiátrico relevante, debería comunicársele directamente el diagnóstico. En los otros casos, evaluar individualmente

-Al cuidador siempre debe comunicársele el diagnóstico y al paciente evitar mentirle

Relación médico paciente y demencias

"XII Jornadas de Neurología Valdivia 2016"

Dr. Jorge González-Hernández
Neurólogo
Comisión Ética Sonepsyn

Deterioro cognitivo que afecta la comunicación y toma de decisiones.

GARANTÍAS LEGALES

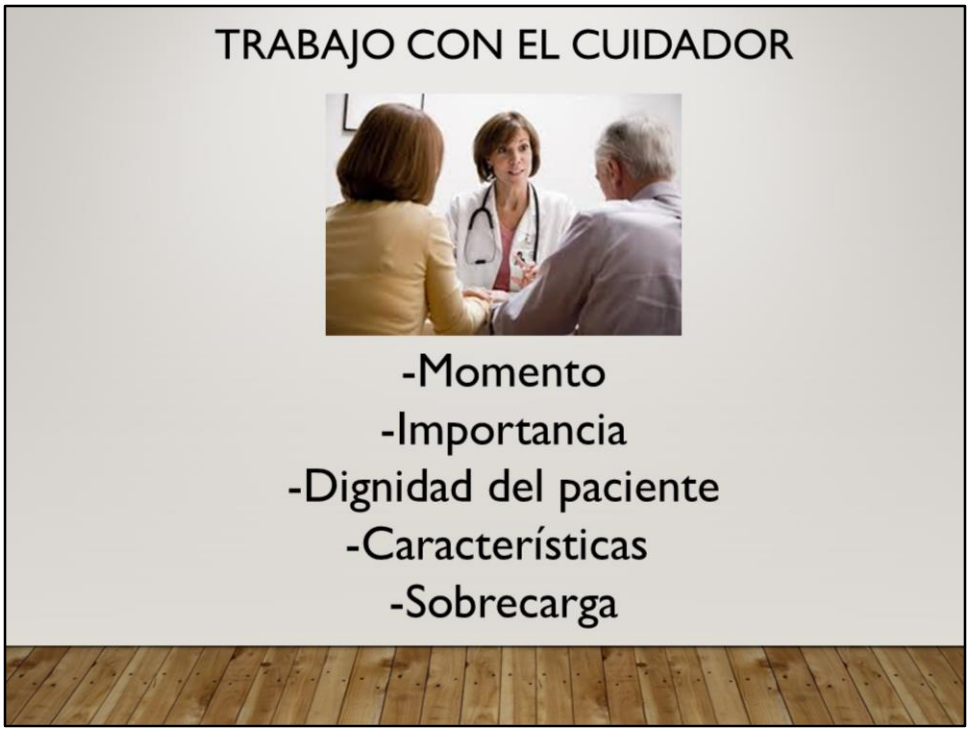
-Trato digno

-Confidencialidad

-Información (diagnóstico, pronóstico, terapias)

-Respeto por la autonomía (representante legal o cuidador)

Ley 20584: *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, promulgada el 12-04-2012.*



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). En la etapa de Demencia, la participación del cuidador es mandatoria.

Dada la falta de tratamientos que mejoren o estabilicen en el largo plazo los síntomas del Alzheimer, el cuidador es el principal apoyo que permitirá la supervivencia y calidad de vida del paciente. En ese sentido, la RMP debe incluir también una adecuada relación médico cuidador, la cual deberá estar siempre guiada por el respeto a la dignidad, valores y derechos del paciente En nuestra sociedad, la mayoría de los cuidadores son familiares directos (pareja o hijos), la mayoría mujeres, con severa sobrecarga física, emocional y económica. Al largo duelo por la pérdida del ser querido, debe agregarse la necesidad de asumir gradualmente sus funciones, y en etapas posteriores su cuidado integral, sufrir sus delirios, agresiones y trasnoches, a menudo con la sola recompensa del deber cumplido.

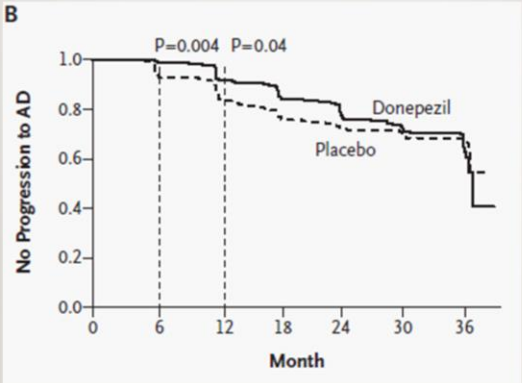
En este contexto es fundamental otorgar un espacio para hablar con el cuidador a solas. Lo óptimo es que acuda además un tercero que pueda quedarse en la sala de espera con el paciente mientras esto ocurre. El cuidador proveerá información clínica fundamental, de la que a menudo el paciente no es consciente y que, por lo tanto, no sería posible obtener con él presente, ya que la interpretaría como fantasías o intrigas. Es necesario apoyarlo además en su nuevo rol, enseñarle a protegerse del estrés y responder las dudas que van surgiendo. Desde el principio debe plantearse expectativas realistas respecto al pronóstico y al hecho de que las terapias existentes sólo son de tipo sintomático. Es necesario preguntar al cuidador por su propio estado y validar la importancia de su rol. Es común que requieran incluso atención médica directa, dada la tendencia a verse sobrepasados y desarrollar enfermedades psiquiátricas y físicas cuyo tratamiento ayudará también a reducir el estrés del paciente mismo.

Como en todo diagnóstico y especialmente cuando este se fundamenta en una serie de criterios semiológicos más que en algún examen objetivo de laboratorio, como es el caso del Alzheimer, está la posibilidad de duda. Esto ocurre más a menudo en las etapas iniciales de la enfermedad o cuando existen factores psicológicos o gananciales asociados. Antes que aventurar un diagnóstico incierto, con todas las consecuencias que puede tener, se aconseja transparentar la duda con el paciente o su cuidador, lo que no impide que se pueda trabajar sobre la base de la hipótesis más probable. Por supuesto, si es posible y se considera necesario, deberá solicitarse la evaluación por un experto en demencias

En todos los campos de la medicina, la exposición repetida del médico al sufrimiento, invalidez y muerte, le hacen vulnerable a perder la perspectiva del paciente como un humano que sufre, viéndolo más bien como un conjunto de síntomas y signos. En el caso de la demencia, el riesgo de cosificar al paciente es aún mayor, dada la paulatina pérdida del sentido de la realidad y su cada vez más precaria participación en la entrevista médica y toma de decisiones. No hay que olvidar que el paciente demente a menudo es un ser sufriente. Aún en ausencia de conciencia de enfermedad, suele sentirse amenazado por la pérdida de atribuciones, deterioro en las relaciones e incluso por ideas delirantes y alucinaciones. La depresión, ansiedad, irritabilidad y trastornos del sueño son frecuentes, incluso en etapas iniciales de la enfermedad. En este sentido, la relación empática constituye un bálsamo a estos padeceres. Aún cuando el paciente haya perdido la capacidad de comunicarse o de memorizar hechos, la memoria emocional y la comunicación no verbal suelen estar preservadas hasta etapas tardías del Alzheimer. Este aspecto de la relación, que pone a prueba el profesionalismo y humanidad del médico, es un requisito fundamental, a menudo descuidado en el caso de las demencias.

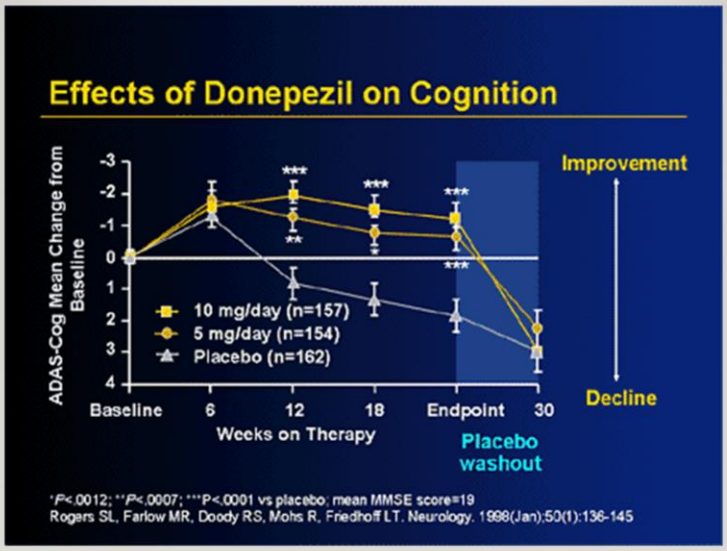
En la medida que la enfermedad progresa, el paciente se ve cada vez más limitado para realizar actividades sin riesgo. Se va haciendo progresivamente imposible el desempeño laboral, el salir solo, el manejo del dinero, la conducción de vehículos, cocinar… hasta finalmente perder incluso las capacidades de auto-cuidado básico. Paradójicamente se va perdiendo también la conciencia de enfermedad, de modo que le costará entender estas limitaciones y las atribuirá a confabulaciones perversas de sus familiares, cuidadores o equipo de salud, con toda la carga emotiva que conlleva. Pese a ello, es de fundamental importancia establecer límites de seguridad, que se irán haciendo más estrictos con el avance de la enfermedad. El no hacerlo puede llevar al paciente a la ruina, a perderse, tener accidentes, etc. La primera medida, muchas veces infructuosa, será intentar que el paciente entre en razón. A veces es necesario usar triquiñuelas como que el vehículo está en el taller o comunicar a la municipalidad que no le renueven la licencia de conducir, restringir la cantidad de dinero utilizando billetes de menor valor, el uso de pulseras de identificación, dispositivos con GPS, etc.. Para salvaguardar sus bienes muchas veces se requiere un trámite de interdicción, determinando legalmente quién será su tutor. Todo esto deberá realizarse teniendo como primer objetivo el bienestar del paciente y su familia y salvaguardando siempre su dignidad (Ej. dar alternativas para suplir la capacidad que se está limitando).
The cognitive, visual-spatial, and other impairments associated with Alzheimer's Disease increase the risks of driving. Patients with moderate and severe dementia should not be driving (Dubinsky, Stein, & Lyons, 2000; Fitten, 1997), and even mild Alzheimer's Disease should trigger careful consideration of the patient's ability to continue operating a motor vehicle.

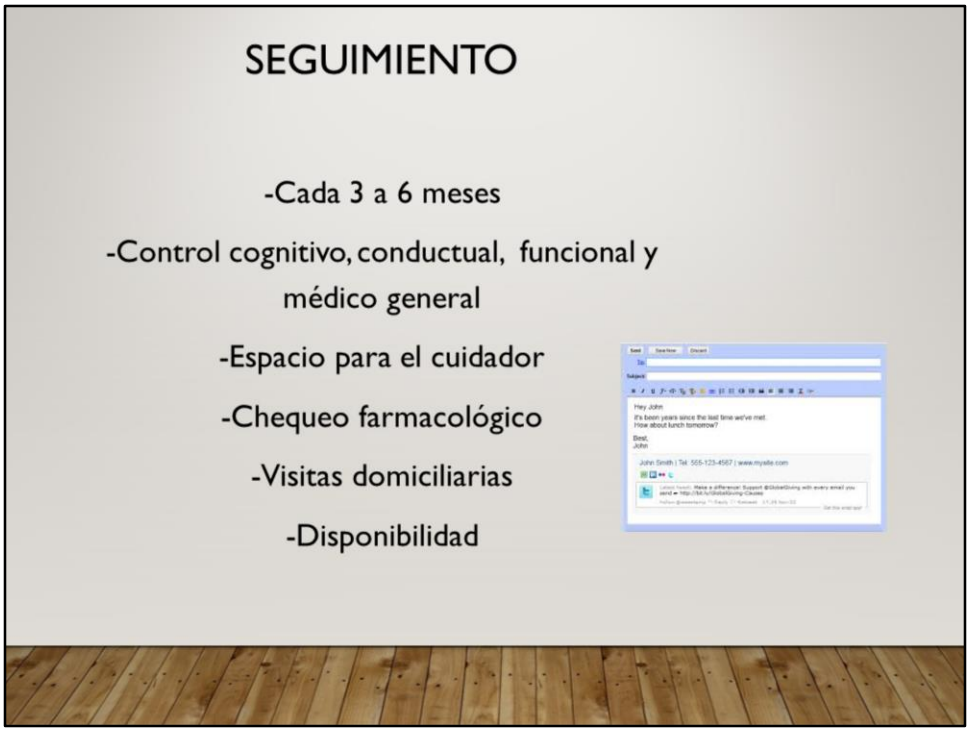
El Alzheimer es una enfermedad progresiva y mortal, para la cual no se cuenta con tratamientos curativos, de modo que el tratamiento es de tipo paliativo. En este contexto, la variable calidad de vida constituye una prioridad terapéutica y debería estar sistemáticamente incluida en la evaluación de cualquier tratamiento. Lamentablemente en la mayoría de los ensayos farmacológicos no se evalúa o los resultados resultan contradictorios. Usando el sentido común, al indicar o suspender un medicamento, además del efecto farmacológico, debe discutirse también otras variables que pueden influir la calidad de vida del paciente y sus cuidadores como los costos, efectos adversos, tiempo invertido, etc. Dentro de los fármacos más utilizados están los potenciadores cognitivos y los que se utilizan para controlar los síntomas conductuales (antidepresivos, hipnóticos, tranquilizantes, etc.). Para todos estos tratamientos debe monitorizarse su efectividad, necesidad a lo largo de la enfermedad y efectos adversos. Tener presente que existen estrategias no farmacológicas que pueden cumplir en muchos casos un rol similar (ej. estimulación cognitiva, entrenamiento del cuidador para enfrentar situaciones, actividad física regular, mantenimiento de rutinas, mascotas, etc.). En ese contexto suele resultar de valiosa ayuda la interconsulta a un neuropsicólogo o terapeuta ocupacional con experiencia en Demencias.



Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, et al. Donepezil and vitamin E in the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med. 2005; 352:2379–2388. [PubMed: 15829527]

DCL, Petersen


Effects of Donepezil on Cognition
ADAS-Cog Mean Change from Baseline
-3
-2
-1
0
1
2
3
4
***
***
***
**
***
10 mg/day (n=157)
5 mg/day (n=154)
Placebo (n=162)
Baseline
6
12
18
Endpoint
30
Weeks on Therapy
Placebo washout
Improvement
Decline
*P<.0012; **P<.0007; ***P<.0001 vs placebo; mean MMSE score=19
Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, Mohs R, Friedhoff LT. Neurology. 1998(Jan);50(1):136-145



Los controles deben ser realizados cada tres a seis meses o antes si se requiere monitorizar el efecto de algún tratamiento u ocurre algún evento que lo requiera. Deberá evaluarse regularmente la capacidad cognitiva, actividades de la vida diaria y presencia de alteraciones neuropsiquiátricas, idealmente utilizando herramientas breves validadas para estos fines. Es mandatorio además un chequeo de salud general, que incluya medición de peso, presión arterial, pulso y la revisión de todos los medicamentos que está tomando (considerando sus efectos adversos, generales y cognitivos, e interacciones). Aunque el paciente es el principal protagonista del encuentro y es necesario que así lo perciba, como se explicó previamente el cuidador también deberá tener un espacio de interacción a solas con el médico. En etapas más avanzadas, cuando el desplazamiento se hace complejo, se requerirá de visitas domiciliarias que permitirán además hacerse una idea cabal de la situación ambiental del paciente. Dada la alta frecuencia de complicaciones como delirium, desajustes conductuales o reacciones adversas a drogas, el médico debe estar disponible de alguna forma que sea apropiada para él y el cuidador (hoy la tecnología provee de múltiples alternativas para ello).

No existe un momento predeterminado en que un paciente con demencia deba ser institucionalizado. Esta decisión dependerá exclusivamente de la capacidad de cuidarlo en su hogar, lo que a su vez estará influido por factores propios del paciente, del cuidador y del entorno. El factor más relevante es la sobrecarga del cuidador, a menudo relacionada a estados más avanzados de la demencia o la presencia de severos trastornos neuropsiquiátricos. Aunque en la literatura médica la institucionalización a menudo es considerada como un desenlace negativo y para muchos cuidadores motivo de intensa culpa, se recomienda más bien una actitud positiva. Cuando ya se desecharon razonablemente otras opciones, constituye una herramienta útil para cuidar en mejor forma al paciente, mediante personal especializado, en un ambiente protegido. El familiar seguirá colaborando en forma activa, pero sin tener que llevar la carga absoluta del cuidado. La participación del médico en esta etapa se enfoca a aconsejar sobre las distintas alternativas, aliviar la culpa del cuidador, emitir el informe correspondiente y proporcionar los cuidados al paciente, incorporando esta nueva relación médico-institución.

En etapas avanzadas de la demencia, donde la capacidad cognitiva es mínima, se sugiere dirigir las medidas a optimizar el bienestar y evitar el dolor más que a prologar artificialmente la agonía. En ese contexto, la realización de exámenes rutinarios, hospitalizaciones, procedimientos invasivos, uso de fármacos no esenciales o vías de alimentación artificiales deben ser discutidos con la familia bajo la óptica de un enfermo terminal, teniendo en consideración las incomodidades que se le puedan provocar y los valores y preferencias de los cuidadores y del paciente (si es que las manifestó previamente)

Definición de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos: "Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan ante cualquier circunstancia. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte”

CONCLUSIONES

-La relación médico paciente y médico cuidador constituye el pilar fundamental del manejo del paciente con demencia

-Dada las peculiaridades de estas enfermedades, el médico deberá desarrollar habilidades relacionales específicas

-El buen manejo de estas destrezas tendrá un impacto en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores y hará más gratificante la labor del médico

¡Gracias por su atención!
¿Preguntas?

"XII Jornadas de Neurología Valdivia 2016"

memoriza.com

Dr. Jorge González-Hernández
Neurólogo
Comisión Ética Sonepsyn