



¿Cuál es la relación del edadismo con las prácticas de cribado y tratamiento quirúrgico de la enfermedad localizada en contexto del cáncer de próstata en personas mayores?

NATALIA CAROLINA TRIANA ÁLVAREZ

**MAESTRÍA EN BIOÉTICA
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
2023**



¿Cuál es la relación del edadismo con las prácticas de cribado y tratamiento quirúrgico de la enfermedad localizada en contexto del cáncer de próstata en personas mayores?

NATALIA CAROLINA TRIANA ÁLVAREZ

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Bioética

Área de investigación: Bioética y Salud

Tutor teórico

BORIS JULIÁN PINTO BUSTAMANTE

Tutor metodológico

HERNANDO AUGUSTO CLAVIJO MONTOYA

DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

2023



NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del tutor

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá
2023



Dedicatoria

*A Juan Camilo por entender y acompañar cada paso de este sueño
A Ascensión, Amanda y Shadow quienes guían mi camino desde una dimensión intangible
A mis padres y a mi hermano por su interés genuino en brindarme todas las herramientas
para disfrutar cada momento de mi proceso.*



Agradecimientos

El comienzo del viaje se remonta a aquellas sesiones magistrales durante mi educación universitaria. Recuerdo los cortometrajes, análisis de caso y debates que resonaron en la mente de quien construía en su momento su propia versión de ejercer la medicina. Gracias al Doctor Boris por enseñar el carácter integrativo y a su vez disruptivo de la bioética y trazar el inicio del camino.

Al Doctor Hernando y demás docentes del Departamento por su tiempo, dedicación y amabilidad durante todo el proceso. Por último, a mis pacientes por brindarme la posibilidad de aprender y desaprender de ellos y de mí misma.



Contenido

Resumen	7
Introducción.....	8
Capítulo 1. Propuesta de Caso Tipo.....	10
Capítulo 2. Desarrollo.....	13
2.1 Caracterización de la persona mayor y elementos para su tratamiento integral.....	15
2.2 Envejecimiento	19
2.3 Urología como tercera especialidad en atención del adulto mayor	22
2.4 Reconociendo el edadismo	39
Capítulo 3. Análisis de Caso	48
4.1 ¿Qué es?	48
4.2 ¿Por qué es importante?	50
4.3 ¿Cómo se puede proceder en la práctica?	52
Conclusiones	54
Referencias	54



Resumen

El cáncer de próstata constituye la tercera causa de mortalidad por cáncer en hombres. De acuerdo a las diferentes Guías de Práctica Clínica, se contempla el inicio de su tamizaje a los 45 años en presencia de factores de riesgo, con cuestionamientos frente a la edad para discontinuar el mismo. A su vez, en el escenario de la enfermedad localizada, el ofrecimiento de prostatectomía radical como intervención quirúrgica con fines curativos se encuentra ligado a escalas de riesgo clínico y la expectativa de vida del paciente.

El presente ensayo argumentativo pretende dilucidar una relación entre el edadismo como noción discriminatoria con base en la edad, con las prácticas de cribado y tratamiento quirúrgico con fines curativos para el cáncer de próstata. Se propone un caso tipo producto del ejercicio profesional de la autora, del cual emanan diferentes manifestaciones edadistas frente al paciente por parte de diferentes profesionales de la salud, las cuales dejan entrever falencias en la relación con el paciente, conjeturas frente al abordaje integral de sus patologías y vinculación directa del envejecimiento a procesos deficitarios y discapacitantes lo que compromete la autonomía en la decisión y el beneficio de las diferentes alternativas médico-quirúrgicas. En consecuencia, el reconocer dichas manifestaciones a la luz de los progresos tecnológicos permitirá un acercamiento integral al envejecimiento y sus matices desde un enfoque reflexivo e incluyente.

Palabras clave: ageismo, neoplasias de la próstata, salud del anciano



Introducción

Dentro de la atención integral del paciente es deber del profesional médico reconocer los cambios fisiológicos inherentes al envejecimiento, así como adaptar las alternativas terapéuticas a los procesos patológicos que transcurren paralelos al mismo. No obstante, durante la prestación de servicios de salud, es posible evidenciar un sesgo en la atención de adultos mayores, acuñado por Butler bajo el nombre de edadismo, en donde se construye un estereotipo negativo basándose en la edad biológica de quien es sujeto de atención lo que en la actualidad puede condicionar un desenlace desfavorable en la atención del paciente (Butler, 1969).

De acuerdo con Macrae (2018), los profesionales de la salud disminuyen el tiempo de atención, minimizan las quejas corporales, ofrecen menores alternativas terapéuticas y excluyen de manera selectiva de ensayos clínicos a los adultos mayores en razón de su edad; así mismo se evidencia una modificación en la intensidad del tratamiento en razón a la edad en el 49% de las neoplasias en estadio temprano y 51% en aquellas en estadio avanzado.

Son entonces los pacientes quienes perciben la preferencia de los profesionales por tratar patologías en adultos jóvenes, el temor frente a los desafíos que ofrece la senescencia, disminución en la frecuencia de ofrecimiento de procedimientos quirúrgicos reconstructivos y reconocen la infantilización del adulto mayor a la hora de tomar una decisión y en consecuencia viven 7.5 años menos en comparación con quienes envejecen en un entorno que posee una connotación positiva frente a la persona mayor (Schroyen et al., 2014).

En Estados Unidos, la urología ocupa la tercera especialidad en frecuencia de atención a adultos mayores, desde el tamizaje hasta el tratamiento médico y quirúrgico de diferentes patologías. Puntualmente, en relación con el abordaje quirúrgico en contexto del crecimiento prostático benigno, para inicios del siglo XX, la edad era considerada una contraindicación para la realización de prostatectomía abierta.¹ En la actualidad, se estima que un 20% de los pacientes masculinos requerirá una intervención quirúrgica con relación a síntomas obstructivos del tracto urinario bajo en donde existen conflictos frente a la elección de la técnica quirúrgica

¹ Resección quirúrgica de la glándula prostática a través de una incisión abdominal baja en el escenario de un crecimiento de características benignas.



adecuada dado los progresos tecnológicos en la materia (Griebing, 2014; Neuman y Bosk, 2013).

El cáncer de próstata corresponde a la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y se estima su presencia en uno de cada seis varones mayores de 65 años. Algunos autores proponen continuar el tamizaje en adultos mayores de 70 años para identificar de manera temprana las consecuencias del avance de la enfermedad, así como pacientes con neoplasias con pobre diferenciación histológica evidenciada en los reportes de patología que se beneficien del inicio del tratamiento en el menor tiempo posible dado la agresividad de la enfermedad.

No obstante, otros estudios recomiendan su suspensión basándose en el número de falsos positivos, posible sobre tratamiento de una patología clínicamente no significativa, expectativa de vida de los adultos tamizados y consecuencias emocionales derivadas de la necesidad de estudios posteriores al diagnóstico lo que genera confusión en los profesionales de la salud y los pacientes a la hora de tomar la decisión de continuar o finalizar el cribado de la enfermedad (Enns et al., 2022; Guzzo & Drach, 2011; Mistry et al., 2009; Vickers et al., 2014).

Dentro del abordaje terapéutico del cáncer de próstata, el ofrecimiento de procedimientos quirúrgicos con intención curativa se encuentra estrechamente relacionado con la edad y expectativa de vida del paciente, toda vez es considerado cuando la misma supere los 10 años y existen conjeturas en su elección en pacientes mayores de 70 años (National Comprehensive Cancer Network, 2022).

Sin embargo, pese a dichas variables, se evidencia un infra tratamiento en las personas mayores quienes cumplen con los criterios clínicos para la elección del procedimiento, pues si bien optar por un tratamiento curativo puede incrementar la expectativa y la calidad de vida ajustada a la misma así como ofrecer la ausencia de recaída bioquímica² a cinco años en el 86% de los pacientes lo que es similar en adultos jóvenes, los profesionales limitan su ofrecimiento con base en la edad y las complicaciones de la misma cuyo costo oscila entre 627 y 1126 dólares por complicación en los siguientes 6 meses a su ocurrencia (Mandel et al., 2019; Pereira et al., 2018).

² La recaída bioquímica hace referencia a un resultado de antígeno prostático superior a 0.2 ng/ ml después de 6 a 13 semanas de realización de prostatectomía radical lo cual es un factor determinante en la supervivencia global y libre de metástasis.



Se propone entonces la realización de un ensayo argumentativo el cual, mediante la propuesta de un caso tipo, permita dilucidar la relación entre el edadismo con las prácticas de cribado y tratamiento quirúrgico para el manejo del cáncer de próstata. Se pretende ahondar en los conceptos relevantes en la atención integral de la persona mayor, origen y nociones actuales de edadismo, consideraciones frente al cribado y elección de tratamiento para el cáncer de próstata y cómo las mismas son permeadas por concepciones deficitarias con relación al envejecimiento.

Capítulo 1. Propuesta de Caso Tipo

El caso clínico presentado a continuación no corresponde a un paciente específico. El mismo es construido con basándose en experiencias vividas durante el ejercicio profesional de la autora. Los nombres utilizados son ficticios y en conjunto con los datos clínicos son introducidos en el presente trabajo con fines académicos.

Álvaro es un hombre de 72 años apasionado por el ciclismo. Recorre alrededor de 15 kilómetros al día en su bicicleta que adquirió fruto de sus años en el ejercicio de la docencia. A la misma atribuye con orgullo el hecho de solohaber visitado un hospital para un procedimiento quirúrgico en su rodilla producto de una caída hace ocho años y le causa curiosidad soloconsumir medicamentos en caso de dolor, pues piensa que a su edad lo usual es consumir al menos cinco medicamentos al día.

Nunca ha consumido un cigarro y es amigo ocasional de una copa de vino; agradece preparar su taza de café, dirigirse a comprar los alimentos caminando y vigilar su huerta sin ayuda, pese a la sugerencia de su hijo Jorge de contar con la asistencia de una enfermera, pues refiere con frecuencia *“los abuelitos son como niños; no se pueden cuidar solos”*.

Desde hace seis meses nota que debe acudir en múltiples ocasiones al baño en la noche y refiere que debe interrumpir sus entrenamientos en búsqueda de un inodoro. Su esposa, Leonor, de 74 años, le sugiere realizar los exámenes que le fueron ordenados hace unos años y acudir a valoración por el urólogo que operó a su hermano.

El día de la valoración, su hija Sara, de 50 años, recoge en su domicilio a Álvaro, refiere que será ella quien acompañe a su padre a la valoración, pues su madre ya tiene una edad muy avanzada para asistir a la consulta. Al llegar al centro médico, Claudia es la enfermera que



realiza la toma de signos vitales a Álvaro previo al ingreso al consultorio, los encuentra normales e indica que se debe trasladar al paciente en silla de ruedas al consultorio, pues *“los abuelitos usualmente no ven o escuchan muy bien y se pueden caer”*. Álvaro toma lo anterior con extrañeza, pero entiende que el prevenir una caída puede justificarse, dado su antecedente de cirugía de rodilla.

Andrés es el urólogo que recibe a Álvaro, revisa su agenda de consulta y tras cuatro horas de la misma evidencia que el 70% de los pacientes que ha atendido son mayores de 70 años y pregunta a Claudia si los otros profesionales toman un tiempo considerable para la consulta y si es frecuente que *“los viejitos tengan tantas cosas”*.

Andrés indica que le causa sorpresa que a su edad sea esta la primera visita de Álvaro al urólogo, quien comenta no considerar necesaria su asistencia previamente, pues no sentía ninguna molestia. Procede entonces a la anamnesis y revisión de los estudios traídos a la valoración y hace seguir a Álvaro para la realización del examen físico.

Álvaro se siente indispuesto con la ejecución del examen físico, no obstante, accede a la realización de la totalidad del mismo. Durante el examen digital de la próstata, Álvaro nota que su médico interrumpe la conversación, percibe tensión en sus manos y ve cómo su rostro esboza preocupación.

Una vez este finaliza, Andrés se dirige a su computador y susurra a Sara que el tamaño de la próstata es importante y siente un cambio en su consistencia, así como una lesión bien delimitada en la parte derecha, pero él está *“muy viejito”* para considerar un procedimiento quirúrgico, no obstante, es necesario esclarecer la naturaleza histológica de la lesión documentada y por el momento oferta la implementación de medicamentos para mejorar los síntomas urinarios actuales.

Al llegar Álvaro ambos guardan silencio, Sara agradece la atención prestada y le indica a Álvaro que en casa le explicará lo que indicó su médico. Al acudir Claudia al consultorio, Andrés refiere *“¡Lástima! Siendo más joven se hubiera podido hacer algo, a su edad este problema no le causaría la muerte”*.

Al llegar a casa, Sara se dirige a su padre y explica que no hay nada que se pueda hacer, sus molestias son atribuidas a su avanzada edad y solo es posible aminorarlas mediante el uso de medicamentos, por lo que debe acostumbrarse a vivir con las mismas a lo cual accede su



padre. Refiere que el profesional ordenó un examen de verificación, pero lo anterior no modificará las conductas actuales.

Luego de tres meses de uso del medicamento, Álvaro nota que sus síntomas han empeorado, ha limitado la ingesta de líquidos para disminuir la frecuencia de asistencia al baño y durante uno de sus desplazamientos nocturnos sufrió una caída al tropezar con su cama, lo que le obligó a suspender sus viajes en bicicleta, por lo que su hija Sara sugirió la utilización de pañales para disminuir el riesgo de estos eventos.

Para su cumpleaños, Álvaro consumió la copa de vino que tanto acostumbraba en compañía de su familia. Al final de la reunión, sintió un dolor abdominal fruto de la imposibilidad para realizar la micción, por lo que acudió en compañía de su hija al servicio de urgencias del hospital local, se pregunta si debido a ello deberá volver a agendar la consulta con su urólogo tratante para revisar el examen para esclarecer lo que recuerda haber mencionado como *“una masita”*.

Al llegar es atendido por Manuel, quien indica que dado el cuadro clínico es necesario la realización de cateterismo vesical permanente, lo cual implica el uso de un dispositivo urinario que permita el drenaje de la orina hacia una bolsa recolectora, comenta la misma acompañará a Álvaro hasta su fallecimiento, pues en adultos de una edad avanzada no se ofrecen opciones terapéuticas adicionales.

Carlos es el enfermero que realizará el procedimiento. Álvaro pregunta con temor frente a la frecuencia del procedimiento a lo que el enfermero *“en viejitos mucho; los años no llegan solos”*.

Asustada por su padre, Sara contacta a Andrés solicitando su concepto y agendan una nueva valoración que, acorde a su agenda, es posible a los dos meses del evento. Para entonces, Álvaro ha dejado sus actividades diarias y desea pasar el mayor tiempo en su cama alejado de su familia, refiere ha tenido alteración en su patrón de sueño, pues en su mente ronda una palabra que leyó en el reporte del estudio solicitado por su médico denominada adenocarcinoma³.

Llega entonces una nueva valoración médica a la cual acuden nuevamente Álvaro y su hija Sara, en donde la misma solicita a Andrés tener una conversación sobre el estado de salud

³ Tumor maligno originario en órganos que poseen un componente glandular.



de su padre en ausencia del mismo, a lo cual el profesional accede, pues Sara no desea que esté al tanto del diagnóstico por las consecuencias que se deriven del mismo y duda si estas serán comprendidas por Álvaro.

Al ingresar al consultorio sin el paciente, Andrés revisa el reporte de la biopsia de próstata, refiere hay un cáncer en la próstata que, para el momento, se encuentra localizado y es de riesgo intermedio, comenta que existen múltiples alternativas terapéuticas y curativas, pero en su concepto y por la edad de Álvaro, no optaría por un procedimiento quirúrgico, pues refiere *“a los viejitos ya no vale la pena operarlos”*.

Andrés y Sara hacen seguir a Álvaro al consultorio, quien mira con extrañeza los rostros de su hija y el médico. Sara refiere que ya ha comentado todo lo relacionado con el examen, piensa que la mejor opción es evitar las alternativas mencionadas y refiere que ella será quien tome las decisiones frente a la enfermedad de su padre, pues a su edad se pierde la capacidad de comprender las conductas médicas.

Al finalizar la consulta, Andrés toma una respiración profunda, duda de su concepto y sobre la posibilidad de ofrecer un procedimiento quirúrgico, que para el momento tendría intenciones curativas, pues percibió durante la valoración una notable disminución en la calidad de vida de Álvaro en lo que ha devenido con la enfermedad. Revisa algunas de las Guías de Práctica Clínica que considera importantes donde evidencia que, dado el estadio de la enfermedad, su paciente podría tener una supervivencia superior al 90% a los cinco años del diagnóstico, congruente con la opción curativa que ofrecería la cirugía. No obstante, se mantiene en su decisión, confirma que fue lo adecuado no ofrecer una prostatectomía radical, pues incluso a su edad, ya no es recomendado la búsqueda de cáncer de próstata y tal vez Álvaro fallezca en un corto plazo. Cierra la historia de Álvaro y continúa con su consulta.

Capítulo 2. Desarrollo

El envejecimiento es una realidad latente, pues da su inicio desde el instante posterior al nacimiento y sus dimensiones afectan de manera transversal la realidad humana. Según el Banco Interamericano de Desarrollo, la población se encuentra envejeciendo fruto de la tasa de



natalidad y mortalidad actual, haciendo que para América Latina, en un periodo de 35 años, la población mayor de 60 años pase de 11 a 35% con un aumento en su velocidad para el año 2030 (Aranco et al., 2015).

Para Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social, en su informe titulado *Personas Adultas Mayores de 60 años*, para 2020 el 13.5% de la población colombiana fue considerada como mayor al haber registrado una edad biológica superior a 60 años; lo que correspondió a 6.808.641 personas. Dentro de los mismos, el 32,1% obedeció a adultos entre 60- 64 años, seguido de 24,4% para 65-69 años, 17,5% para 70 a 74 años, 11,6% para 75-79 años, 7,1% para 80-84 años, 4% para 85-89 años, 2% para 90-94 años y 1.2% para adultos mayores de 95 años (Cubillos, 2020).

El cuidado integral del adulto mayor busca entonces el propender por una adecuada transición hacia la senectud, lo que involucra el diagnóstico y tratamiento óptimo de sus enfermedades. Se requiere un acercamiento desde la teoría a la definición de persona mayor, así como a la legislación nacional e internacional en favor de los mismos y las consideraciones con relación al manejo de las patologías en la persona mayor sana y frágil, toda vez cerca de la mitad de todas las personas mayores goza de buena salud, una cuarta parte de ellas puede cursar con una enfermedad y una cuarta restante comparte características de fragilidad o de paciente geriátrico (González y Latorre, 2021).

Dentro del tratamiento de las mismas, la oferta y demanda de los procedimientos quirúrgicos constituye un desafío adicional en la atención médica, pues surgen interrogantes frente al ofrecimiento y desenlace de los mismos. La decisión de optar por una intervención quirúrgica o prescindir de la misma puede partir de concepciones erróneas frente al envejecimiento, comprendiendo el mismo desde una noción deficitaria, mórbida y frágil, lo que conlleva al desarrollo de actitudes discriminatorias por parte de los profesionales de salud hacia la persona mayor en razón a su edad biológica que limitan el tratamiento adecuado de sus patologías.

En la actualidad se han realizado diferentes avances con relación al reconocimiento del edadismo como una realidad latente en el ejercicio médico. Desde la práctica médico-quirúrgica de la urología, se han desarrollado herramientas que facilitan la toma de decisiones por parte de los profesionales; así mismo se requiere un acercamiento desde y hacia la bioética que facilite



la toma de decisiones asistenciales a la luz de los nuevos cuestionamientos que surgen en razón a los diferentes avances tecnológicos en la materia.

2.1 Caracterización de la persona mayor y elementos para su tratamiento integral

2.1.1 Adulto Mayor

A lo largo de la historia se han desarrollado acercamientos a la connotación epistemológica, cronológica y social del proceso de envejecimiento. Desde la etimología se retoma el vocablo griego *geron* en referencia a los más viejos del pueblo helénico; así mismo, Hipócrates referenció el inicio cronológico de la vejez a los 56 años. Posteriormente, el historiador Flavio Josefo se desliga de la delimitación numérica de la vejez y acuña el término anciano al referirse a aquel que es famoso por su sabiduría e importante en la comunidad (González y Latorre, 2021).

Para el siglo XIV se denominaba viejo a aquel con una edad superior los 70 años, donde su periodo de senilidad iniciaba desde la caída del cabello y desgaste de la barba, hasta el retorno a las cenizas. Contrariamente, el siglo XIX estuvo marcado por la imposibilidad del adulto mayor para continuar con la naciente industrialización, dada la disminución en su ritmo laboral, evidenciado en la ausencia de pensión y salario en los adultos mayores de 65 años (González y Latorre, 2021).

El análisis del envejecimiento implica ahondar en términos relacionados con el mismo. El paciente geriátrico es aquel que cumple tres de cinco criterios, dentro de ellos ostentar una edad mayor de 75 años, poseer diferentes morbilidades relevantes, alguna condición de discapacidad, deterioro cognitivo o limitación social. Por su parte, la denominación tercera edad, propia de la sociedad francesa de la década de los setenta, referencia el deseo implícito de obtener una nueva juventud con la jubilación que, al no materializarse, daba inicio a la cuarta edad para aquellos mayores de 80 años o aquellos de tercera edad que padecían alguna enfermedad (González y Latorre, 2021).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define al adulto mayor como aquel mayor de 60 años, de acuerdo a la esperanza de vida global actual correspondiente a 72 años. Para los Estados Unidos, el adulto mayor corresponde a aquellos mayores de 65 años, toda vez



desde esta edad se modifican los beneficios ofertados por el servicio de salud Medicare (Wein et al., 2016).

De acuerdo al Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez del Ministerio de Salud y Protección Social, se considera un adulto mayor como aquel con una edad superior a 60 años e incluye dentro de lo anterior a personas mayores de 50 años en condición de discapacidad e integrantes de población indígena. De los anteriores, alrededor de 7.5% requirieron atención en servicios de salud en lo que se refiere a una patología de origen urinario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

2.1.2 Fragilidad

Se entiende por fragilidad u homeostenosis a la incapacidad de retornar a la homeostasis luego de un evento estresante, lo cual puede conllevar al desarrollo de diferentes grados de discapacidad. Dentro de la misma se retoma el concepto de comorbilidad como la presencia de otros estados patológicos y a su vez discapacidad como el requerimiento de asistencia en otras habilidades. En concordancia, su presencia es un factor predictor de mortalidad global y a 30 días, así como caídas, estancia hospitalaria prolongada, disminución en movilidad e institucionalización (Maxwell et al., 2019).

Dentro de sus teorías destaca la acumulación de déficits con relación a un deterioro sistémico, traducido en la reducción de la capacidad funcional residual valorada a través del Índice de Acumulación de Déficit (The Deficit Accumulation Index). Por su parte, Linda Fried, médica y referente mundial en el envejecimiento saludable, propone un modelo que incluye la pérdida de peso no intencional equivalente a 10 libras o más del 5% del peso total en un año, disminución en fuerza de agarre, velocidad de gateo, movilidad, así como y mayor cansancio con las actividades. Por consiguiente, aquellos con dos y tres componentes son considerados pre frágiles y frágiles respectivamente (Wein et al., 2016).

Kenneth Rockwood, profesor de geriatría del Instituto Canadiense para la Investigación en Salud, formuló para 2005 una crítica al modelo de Fried, dónde referencia la fragilidad como una característica presente desde el nacimiento que se modifica a lo largo de la vida, gracias a diferentes procesos biológicos como son la senescencia, diferenciación celular,



cambios neuroendocrinos, alteraciones pro inflamatorias y cambios con relación al estilo de vida con subsiguiente afectación de diversos sistemas orgánicos (Rockwood, 2005).

2.1.3 Calidad de vida

La medida calidad de vida (QoL) expresa un valor de juicio personal de la experiencia misma de vivir desde las esferas física, mental y emocional, la cual puede ser caracterizada como buena o mala con base al grado de satisfacción, deseo de cambio y aspiraciones hacia el futuro (Theofilou, 2013).

Dentro de la misma se distingue la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) como herramienta para la toma de decisiones frente a procedimientos terapéuticos y su impacto en diferentes estadios de la enfermedad. Gracias a la misma, se han diseñado diferentes instrumentos generales y específicos para su estimación; su elección debe efectuarse con base en la validez de su contenido, inclusión de características que resuenen con el paciente, posibilidad de replicación y exactitud para la interpretación de los resultados. No obstante, puede verse afectada por variables tales como la presencia de síntomas de la enfermedad durante su aplicación, resultados diferentes según el estadio de la enfermedad y la imposibilidad de reconocer la importancia de cada variable en la vida del paciente (Theofilou, 2013).

El cuestionario Euro-QoL 5-Dimensions (EQ-5D) visibiliza el mejor y peor escenario para el paciente, abarcando aspectos como el grado de movilidad, cuidado personal, actividad principal del paciente, relaciones interfamiliares, actividades de ocio, dolor y estado de ánimo. Para estimar la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata se ha diseñado el cuestionario EORTC-QLQ-PR25, propuesto por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, el cual abarca los síntomas urinarios, gastrointestinales, sexuales y constitucionales de la enfermedad (Eastham et al., 2022).

Su aplicación en pacientes oncológicos permite guiar la toma de decisiones para evitar procedimientos innecesarios. Shevach y Weiner (2019) plantean que, en contexto de pacientes con cáncer de próstata metastásico, la efectividad del tratamiento no es superior en la toma de



decisiones por parte del paciente, como el factor “sentirse lo suficientemente bien como para pasar tiempo con mi familia” (p.2).

Una crítica al estudio Prostate Testing for Cancer and Treatment (ProtecT) puede ser que, si bien el mismo esboza la afectación en la calidad de vida de los diferentes tratamientos, no puntualiza frente a la afectación en la salud mental y calidad de vida global, como es retomado en la investigación realizada por Katha Leuteritz en 212 pacientes de un hospital alemán cuyo diagnóstico preponderante obedecía a cáncer de próstata en quienes los dominios de calidad de vida de mayor importancia fueron la familia, salud y actividades de ocio, con un deterioro en relación de pareja y sexualidad en una nueva evaluación a los 3 meses (Leuteritz et al., 2022; Shevach et al., 2019).

2.1.4 Esperanza de vida

De acuerdo al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la esperanza de vida corresponde al número promedio de años que vivirá una persona, siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad. Para el momento es de 74 años en los hombres y 6.8 años más en las mujeres con diferencias sustanciales, siendo Japón el país con mayor expectativa (82 años) y en Latinoamérica, Cuba (76 años) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021).

La misma es calculada con base a la mortalidad observada en un periodo de tiempo sobre la población total del mismo, generando las tablas de vida que son consultadas por diferentes entidades gubernamentales y son la base para la formulación de diferentes recomendaciones de manejo, toda vez, una esperanza de vida menor se asocia con mayor morbilidad frente a la realización de tratamientos y disminución en la efectividad de los mismos.

Su cálculo puede estimarse con base al índice de Lee-Schonberg, el cual permite evaluar el riesgo de mortalidad de pacientes mayores de 60 años a cuatro años asociado a sus comorbilidades y capacidad funcional.

No obstante, se reconoce una falencia por parte de la Asociación Americana de Urología, Asociación Europea de Urología y National Comprehensive Cancer Network (NCCN) como entes reguladores internacionales de la investigación en cáncer, en ofrecer de manera unánime



una herramienta que permita la estimación de esperanza de vida en pacientes con cáncer de próstata (Daskivich et al., 2017).

La NCCN propone su propia estimación de esperanza de vida con base a las tablas de seguridad social de Estados Unidos, en donde los adultos mayores de 80 años tendrían una esperanza de vida inferior a 10 años, sin embargo, posee falencias en la identificación de comorbilidades en especial en pacientes con índice de comorbilidad de Charlson superior a 4 (Daskivich et al., 2017; National Comprehensive Cancer Network, 2022).

En consecuencia, se propone la herramienta Prostate Cancer Specific Comorbidity Index (PCCI) como predictor de mortalidad por otras causas en pacientes con cáncer de próstata con relación a las comorbilidades, tratamiento primario y expectativa de vida e y su relación con las tablas de seguridad social referenciadas en las guías de NCCN (Daskivich et al., 2015).

Por tanto, la estimación de la esperanza de vida constituye una herramienta para la toma en conjunto de decisiones médicas. No obstante, durante su comunicación y utilización, se deben prever las consecuencias derivadas del impacto para el paciente y su familia al conocer que, las decisiones médicas sobre su enfermedad, son tomadas con base a una expectativa de vida sujeta a probabilidades (Leppert et al., 2018).

De lo anterior, se evidencia una falencia en la estimación de la expectativa de vida como variable en toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, sobreestimando su valor para los adultos entre 65-69 años y minimizando la anterior para aquellos entre 70-74 años, limitando el ofrecimiento de una alternativa curativa en pacientes candidatos a la misma (Jha et al., 2014).

Así mismo, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, siendo este el documento base en el manejo de la enfermedad en Colombia. “No existe una herramienta que permita estimar la expectativa de vida de un hombre en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.30).

2.2 Envejecimiento

2.2.1 Legislación actual relacionada con el envejecimiento



Desde el ámbito internacional se reconocen múltiples estatutos en favor de la protección del adulto mayor. Para 1982 se propuso el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud, que esboza el derecho de los mismos a la salud, protección durante la enfermedad y oportunidades de desarrollo. Seis años después, el Protocolo de El Salvador en su Artículo 17 referencia al adulto mayor como sujeto de protección especial para la instauración de medidas que ayuden a mejorar su calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La década de los noventa inició con la formulación de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad para el 16 de diciembre de 1991, como respuesta al Plan de Acción de 1982, abogando por el desarrollo de programas que promuevan la independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad del adulto mayor permitiendo el surgimiento de la Declaración de Derechos Humanos y Personas de Edad para 1992 (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En contraposición, la Declaración de Almería, producto de la Conferencia Nacional del Anciano Maltratado de 1995, reconoce la dificultad en detección y prevención del maltrato en el adulto mayor. Seguidamente, el nuevo siglo trajo consigo para el año 2002 la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores, como resultado de la reunión de expertos para el 17 de noviembre de 2002 que referencia la falta de marcos legales para un adecuado proceder posterior a la detección del maltrato (Organización Mundial de la Salud, 2002).

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento, el cual enfatiza en el concepto de envejecimiento activo con base a tres categorías, la primera de ellas salud con relación a la prevención de cargas por discapacidad junto a la promoción de actividades de aprendizaje y aminorar la inequidad en derechos. Por su parte, el documento titulado *Envejecimiento Activo: Un Marco Político*, referencia la senectud como un triunfo de las políticas públicas y a su vez uno de sus desafíos, pues enfatiza en el papel de la optimización de la salud, participación y seguridad en entornos sociales y a su vez resalta al declive funcional como una entidad de alto impacto económico (Kottow, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2002).



Para 2015, el Banco Interamericano de Desarrollo propuso el Panorama de Envejecimiento y Dependencia en América Latina y El Caribe, el cual relaciona al aumento en la expectativa de vida con un incremento no proporcional de discapacidad, lo que sugiere que existen otros factores en lo que se refiere al aumento de enfermedades crónicas y subsiguiente afectación económica para las naciones. En concordancia, el Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud referencia que las políticas públicas deben orientarse a respetar la diversidad del adulto mayor y a través de su implementación traducir una inversión en capacidad y fuerza laboral (Aranco et al., 2015; Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el ámbito nacional destaca la Ley 29 de 1975 como base para el Decreto 2011 de 1976, el cual permitió la creación del Consejo Nacional de Protección del Anciano, donde esclarece las entidades encargadas de velar por la protección del adulto mayor en el territorio, como son el Ministerio de Salud, Sociedad Colombiana de Geriátrica y Cruz Roja Colombiana entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Para el año 2010 entró en vigencia el Decreto 345 que reglamenta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez, la cual dentro de sus objetivos busca ampliar la cobertura de atención a personas mayores y promover el proceso de elección de consejos locales sabios y las redes de cuidado comunitario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Por su parte, la Ley 1850 de 2017 modifica diferentes artículos pertenecientes a las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, reconociendo el derecho a la salud, recreación, cultura, participación, así como vida autónoma y digna, sancionando el maltrato al adulto mayor con una pena en prisión de cuatro a ocho años y multa de uno a cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes (Congreso de la República, 2017).

Tres años después, la Ley 2055 de 2020 surgió como documento de aprobación de los principios pactados en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del 15 de junio de 2015, la cual referencia la promoción y defensa de los derechos humanos, valorización de la persona mayor, dignidad, independencia, autonomía, no discriminación, promoción de participación, seguridad física y jurídica efectiva, autorrealización y respeto por diversidad cultural como principios guía para la creación de políticas públicas en favor del adulto mayor (Ley 2055 de 2020, 2020).



2.2.2 Nociones antropológicas del envejecimiento

Al contemplar diferentes perspectivas de las implicaciones antropológicas y sociales del envejecimiento, es posible clasificar el mismo en relación con sus diferentes ejes. González y Santos (2021) retoman los conceptos de envejecimiento individual, el cual hace referencia al declive de la actividad productiva, y su papel como agente social, en contexto de un envejecimiento cronológico atribuido a los procesos biológicos en relación con la edad, a partir de las actividades y funciones atribuidas por la interpretación social.

El jurista Norberto Bobbio afirma que las transformaciones actuales hacen que el viejo presente dificultades al orientarse en un lenguaje de signos nuevos facilitado por el progreso tecnológico, toda vez su auge se remonta al pasado, donde explota la sabiduría que en el presente hace parte de los jóvenes Bobbio (como se citó en Kottow, 2010).

La actitud de las personas mayores depende de las visiones culturales que tiene la sociedad frente a la senescencia, las cuales están influenciadas por el desarrollo material, económico y político de la nación. En consecuencia, se distinguen tres variantes de la percepción del envejecimiento con base a la sociedad, la primera de ellas en una sociedad simple, en donde el anciano encarna la sabiduría; contrario a una sociedad de desarrollo inarmónico, donde prima la desigualdad y la carencia de recursos para proteger a sus ciudadanos, dejando a los ancianos bajo la dependencia del cuidado de sus familiares, lo que se opone al desarrollo de la vejez en una sociedad en auge, en donde el cambio facilita la independencia del adulto mayor (Kottow, 2010).

2.3 Urología como tercera especialidad en atención del adulto mayor

2.3.1 Un acercamiento a la urología

La urología corresponde al área de conocimiento dentro de la medicina que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las alteraciones morfológicas del tracto urinario superior e inferior, retroperitoneo y aparato genital masculino, susceptibles de tratamiento quirúrgico.

La próstata constituye una glándula derivada de la estructura embrionaria denominada endodermo primitivo, localizada inferior al cuello de la vejiga y medial a los paquetes neurovasculares, la cual inicia su formación en la décima semana de gestación y contribuye a la formación del líquido seminal.



2.3.2 Cambios fisiológicos del envejecimiento con repercusión en el tracto urinario

El tracto genitourinario sufre diferentes modificaciones en respuesta al envejecimiento. Con relación a la fisiología renal ocurre una disminución en el flujo sanguíneo renal en lo que se refiere a la formación de placas ateroscleróticas, concomitante a una disminución en la masa renal luego de los 65 años, con subsiguiente disminución en la tasa de filtración glomerular a una razón de aproximadamente 10 ml / min por década alcanzando un 50% de su valor a los 80 años modificando la excreción renal de algunos medicamentos (Wein et al., 2016).

El funcionamiento vesical se encuentra alterado, pues el detrusor se ve afectado por una alteración en la relación entre músculo liso y colágeno producto del estrés oxidativo, lo cual produce una reducción en la capacidad vesical, contracciones involuntarias del detrusor con cambio en fuerza y velocidad de contracción y consecuente disminución del flujo urinario. A su vez, las presiones de resistencia uretral se ven alteradas por una disminución en las fibras de músculo estriado, por un incremento en la apoptosis de las mismas (Wein et al., 2016).

En adición, la formación de placas ateroscleróticas puede afectar la irrigación de diferentes órganos, contribuyendo al desarrollo de isquemia pélvica crónica, en donde la producción de citocinas pro inflamatorias se ha relacionado con la aparición disfunción eréctil y síntomas del tracto urinario bajo en adultos mayores (Wein et al., 2016).

Concomitantemente, en los adultos mayores se observa una disminución en el consumo de agua entre el 19 a 27%, no obstante la nocturia puede ser uno de los principales motivos en la consulta en urología, la cual puede atribuirse a alteraciones del tracto urinario o a una modificación en la secreción de vasopresina (Wein et al., 2016).

2.3.3 Hiperplasia prostática benigna

La hiperplasia de la glándula prostática constituye una de las causas de síntomas obstructivos del tracto urinario bajo. Se atribuye a un incremento en número de células epiteliales y estromales que propicia un incremento en su tamaño de 0.8-1.6 % equivalente a 0.2-0.4 ml por año en los adultos mayores de 40 años (Griebing, 2014).

Su crecimiento es de origen multifactorial debido a una disminución en la apoptosis de las células epiteliales, cambio en la interacción del estroma con el componente glandular,



disminución en la concentración de testosterona libre y total sin cambio en los niveles de estrógeno sérico e intraprostático, incremento en la conversión de testosterona a estradiol y la interacción de factores de crecimiento y moléculas pro inflamatorias como IL1b, IL6 y KC9 secretadas en respuesta al estrés oxidativo (Griebing, 2014).

Se desarrolla inicialmente en la zona transicional con un incremento en la resistencia uretral, lo que propicia una respuesta adaptativa en el funcionamiento vesical generando inestabilidad del detrusor, condicionando aumento en la frecuencia urinaria, urgencia y cambios en la contractilidad los cuales se asocian a disminución en fuerza del chorro miccional, vacilación, intermitencia e incremento en el residuo post miccional generando complicaciones como son hematuria, infecciones urinarias, deterioro de la función renal, cálculos intravesicales y retención urinaria siendo esta uno de los desenlaces con mayor deterioro en la calidad de vida y relacionada con el requerimiento de procedimiento quirúrgico.

La elección del tratamiento se basa en la severidad de los síntomas. En primera instancia, se sugiere implementar modificaciones en el estilo de vida en relación con el consumo de líquidos, cafeína, alcohol, así como modificaciones en el patrón miccional. Seguidamente, la terapia médica ha demostrado disminución en los síntomas en el 30-50% de los pacientes. Dentro de ellos se encuentran los medicamentos bloqueadores de los receptores alfa, quienes inhiben la liberación de noradrenalina reduciendo el tono prostático con una mejoría entre el 20-25%; dentro de sus efectos adversos se encuentra el mareo y ortostatismo en el 2-14% de los pacientes con consecuente aumento en el riesgo de caídas (Wein et al., 2016).

Por su parte, los inhibidores de la enzima 5-alfa-reductasa propician una reducción en el tamaño prostático entre 18-28% con consecuente reducción del antígeno prostático en 50% a los 6-12 meses, su vida media corresponde de 3 a 5 semanas y la reducción de síntomas depende del tamaño prostático. Adicionalmente, se reconoce el uso de antimuscarínicos y agonistas del receptor B3 para modulación de la contracción y la capacidad vesical con efectos adversos como son la sequedad bucal, constipación y mareo (Griebing, 2014; Wein et al., 2016).

Frente al tratamiento quirúrgico, se estima será requerido en el 6-16% de los pacientes ante la persistencia de síntomas pese al uso de terapia farmacológica y la presencia de alguna



de las complicaciones descritas. La elección del procedimiento se basa en el tamaño prostático, intervenciones quirúrgicas previas, historia de retención urinaria, uso de medicamentos anticoagulantes y preferencia del paciente; si bien la edad no es incluida dentro de los criterios de elección, se estima un incremento en los riesgos perioperatorios en mayores de 80 años.

La resección transuretral permite la intervención de adenomas prostáticos de menor tamaño con diferentes energías de corte. El uso de energía monopolar en la resección transuretral de próstata permite la eliminación de la zona transicional con una mejoría en la calidad de vida en un 75% a los tres meses, con efectos adversos con relación a sangrado, disfunción de sonda uretral, requerimiento de transfusión de hemoderivados y el síndrome post-resección transuretral de próstata en lo que se refiere a una absorción del líquido de irrigación causando hiponatremia dilucional por lo cual fueron introducidas energías láser para la resección del adenoma.

Algunas de ellas constituyen en láser de Holmium y Tulium con las cuales se consigue menor tiempo de uso de sonda uretral, hospitalización, menor riesgo de sangrado, menor incidencia de síndrome post-resección transuretral de próstata. Por su parte, la cirugía abierta se encuentra indicada en adenomas prostáticos de gran tamaño con una menor tasa de reintervención y ausencia de hiponatremia dilucional pese a una mayor estancia hospitalaria, sangrado operatorio, transfusión de hemoderivados entre el 7-14% y mortalidad en 0.25% de los pacientes (Griebing, 2014; Wein et al., 2016).

2.3.4 Cáncer de próstata

El cáncer de próstata constituye la segunda neoplasia más frecuentemente diagnosticada en hombres y la sexta causa de mortalidad por cáncer, estimando 1.4 millones nuevos casos para 2020. Se estima que uno de cada siete hombres será diagnosticado con la enfermedad y uno de cada treinta y ocho fallecerá en razón de la misma (Mottet, 2022).

El desarrollo del mismo se encuentra vinculado a una disrupción en la arquitectura glandular en relación con el incremento en la densidad celular asociado a la presencia de factores de crecimiento, estímulo hormonal, modificaciones epigenéticas, conversión de testosterona a



estradiol y la regulación a la alta de adipocinas que alteran el genoma celular y conducen a su proliferación y migración en presencia de factores de riesgo como son la presencia de mutaciones germinales, suplencia hormonal y el desarrollo de síndrome metabólico (Mottet, 2022; Wein et al., 2016).

Las formas de presentación pueden variar desde su diagnóstico a través de estrategias de tamizaje o las manifestaciones de una enfermedad localmente avanzada, como son hematospermia, síntomas obstructivos del tracto urinario bajo, o metastásica con relación a dolor óseo, fracturas patológicas, anemia, edema de miembros inferiores entre otros síntomas (Wein et al., 2016).

2.3.4.1 Consideraciones frente al cribado de cáncer de próstata.

El tamizaje hace referencia a la búsqueda de la enfermedad en pacientes sanos y asintomáticos cuyo objetivo yace en el diagnóstico, tratamiento temprano de la enfermedad y reducir la mortalidad por cáncer. El advenimiento del Antígeno Prostático Específico (PSA) para 1979 permitió una disminución en la mortalidad por cáncer para un 40% y el desarrollo de enfermedad metastásica en 75% (Wein et al., 2016).

El PSA pertenece a una familia de proteínas denominadas calicreínas, las cuales hacen referencia a serín-proteasas producidas por las células del epitelio luminal prostático encargado de la licuefacción del líquido seminal. Su valor varía en razón de la edad y la raza, siendo mayor en pacientes afrodescendientes y volumen prostático con un alza entre 0.07 a 0.27 ng / ml en pacientes con hiperplasia prostática para un límite superior establecido de 6.5 ng/ ml (Mottet, 2022).

Pinsky (2023) resalta la divergencia en la interpretación del antígeno prostático, toda vez, en Estados Unidos el valor 4.0 ng/ml constituye un valor de referencia para recomendar o no la realización de biopsia transrectal de próstata, lo que difiere en Europa donde se utiliza 3.0 ng/ml con relación a la detección de la enfermedad en 15.2% de los pacientes con registro de antígeno prostático inferior a 4.0 ng/ ml.

A su vez, resalta los posibles prejuicios del cribado para cáncer de próstata con relación a la presencia de falsos positivos para un 10-15%, en adición al riesgo de sobrediagnóstico, del cual se estima corresponde a un 23-42% en un periodo de 1985 a 2000 Draisma (como se citó en Pinsky,2023).



Posterior a la obtención de un resultado anormal se han propuesto cuatro alternativas que permitan evadir la realización innecesaria de biopsias transrectales de próstata e introduce la importancia de la resonancia multiparamétrica de próstata y el seguimiento del antígeno prostático (Pinsky, 2023).

La prueba Stockholm 3 permite una aproximación al cáncer de próstata de alto riesgo en pacientes entre 50-69 años, donde se mide la concentración sérica de cinco marcadores (PSA, PSA libre, Hk2, MSMB, MIC1) adicionales a la edad del paciente, historia familiar y resultado de biopsia transrectal de próstata previa lo cual pudiese reducir la necesidad de biopsia transrectal de próstata en un 32% (Strom, 2018).

El Índice de Salud Prostática constituye un algoritmo que contempla tres isoformas del antígeno prostático en donde una menor cantidad de antígeno prostático libre se relaciona con mayor probabilidad de enfermedad maligna. Lo anterior ocurre de manera similar con el 4Kscore test el cual incluye la presencia de tacto rectal anormal y excluye pacientes que consumen medicamentos inhibidores de la 5-alfa reductasa, como es el dutasteride, y cuenten con la realización de procedimientos quirúrgicos prostáticos en los últimos 6 meses. Finalmente, el test PCA3 constituye la amplificación del gen que lleva su nombre en una muestra de orina en donde su aumento puede relacionarse con enfermedad clínicamente significativa (Ruiz y Márquez, 2010).

2.3.4.1.1 Guías de práctica clínica y cribado de cáncer de próstata.

La Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, instrumento avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, sugiere ofrecer el tamizaje de cáncer de próstata para hombres mayores de 50 años en una frecuencia no inferior a cinco años individualizando la interpretación del antígeno prostático acorde a la edad; en caso de resultado anormal debe ser confirmado con una nueva medición a los seis meses, no obstante no puntualiza frente a la edad de cese del cribado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En adición, la Sociedad Americana de Urología propone cuatro grupos de pacientes índice como estrategia de clasificación para el tamizaje para cáncer de próstata con relación a la edad en contexto de pacientes de bajo riesgo. Postula entonces diferencias entre varones



menores de 40 años, 40 a 54 años, 55 a 69 años y mayores de 70 años, donde referencia una baja prevalencia de la enfermedad en menores de 40 años, por lo que sugiere no realizar tamizaje en los mismos. Para el grupo de 40 a 54 años sugiere individualizar el tamizaje con base al riesgo y en concordancia, los varones entre 55-69 años pueden ser considerados como el grupo de mayor beneficio en razón a los perjuicios del diagnóstico y alternativas terapéuticas, sugiriendo una toma de decisiones compartidas entre el profesional de salud, el paciente y su familia. (Carter et al., 2013).

No obstante, el tamizaje para los mayores de 70 años puede favorecer las tasas de sobrediagnóstico y sobre tratamiento, pues afirma, con base al Estudio Aleatorizado Europeo de Screening del Cáncer de Próstata (ERSPC), una ausencia en la reducción de mortalidad con subsiguiente incremento en la aparición de consecuencias psicológicas y físicas derivadas del diagnóstico y tratamiento aun cuando reconoce que la probabilidad de morir por la enfermedad en este grupo etario es similar a la población general. Sugiere entonces que los pacientes con un antígeno prostático superior a 10 ng/ml se beneficiarían de continuar con las alternativas terapéuticas derivadas del diagnóstico oncológico contrario a quienes tiene un valor inferior a 3 ng/ml, donde sugiere detener el tamizaje (Carter et al., 2013).

En concordancia, las guías propuestas por la Asociación Europea de Urología referencian que la reducción en el uso de antígeno prostático para 2013 gracias a las recomendaciones dadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos americano (US Preventive Services Task Force) condujo a un aumento en 6% en el número de pacientes con cáncer de próstata metastásico. Seguidamente, su reformulación enfatiza un tamizaje temprano en mayores de 50 años o en mayores de 45 años en pacientes con historia familiar en primer grado de cáncer de próstata, portadores de mutaciones en genes BRCA1 y BRCA2 o afrodescendientes (Mottet, 2022).

Se encuentra a favor de la toma conjunta de decisiones en pacientes de 55-69 años, contrario a los pacientes mayores de 70 años, en donde recalca el bajo incremento en la sobrevivencia posterior al tamizaje; referencia se debe individualizar al paciente y continuar con el seguimiento y diagnóstico cuando se documente una expectativa de vida mayor de 15 años (Mottet, 2022).



Por su parte, The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) como representación de la alianza de los 33 centros de oncología de mayor importancia en Estados Unidos, sugiere una evaluación basal del riesgo en pacientes entre 45 a 75 años gracias a la identificación de historia familiar de cáncer de próstata, historia de mutaciones germinales de alto riesgo, pacientes afrodescendientes y con estudios adicionales de tamizaje previos (National Comprehensive Cancer Network, 2022).

Para pacientes con un riesgo promedio con un resultado de antígeno prostático menor a 1 ng/ml recomienda repetir tamizaje entre dos a cuatro años, pacientes con reporte de antígeno prostático entre 1 a 3 ng/ml con alto riesgo o riesgo promedio se recomienda tamizaje entre uno a dos años. Apoya el individualizar el tamizaje entre 71 a 75 años, recalca su importancia en el diagnóstico temprano de pacientes con enfermedad de alto riesgo, así como en pacientes que no han recibido tamizaje y sugiere suspenderlo en mayores de 76 años (Moses et al., 2023).

Pinsky (2023) en su artículo titulado *Screening for Prostate Cancer* realiza una comparación frente a las ocho guías de práctica clínica de mayor relevancia. Las anteriores difieren en el límite inferior para inicio del cribado en cáncer de próstata, algunas de ellas retomando distintos factores de riesgo y a su vez varían en la edad para suspender el mismo, la cual oscila entre los 60 a 75 años.

Algunas de ellas, como las guías propuestas por la NCCN, American Cancer Society, Asociación Europea de Urología y la Asociación Japonesa para el Cribado del Cáncer de Próstata, proponen de manera desigual intervalos para la realización del tamizaje en pacientes de bajo riesgo los cuales fluctúan entre dos, tres, cuatro y ocho años (Pinsky, 2023).

2.3.4.1.2 Estrategias para la decisión de continuar o suspender el cribado de cáncer de próstata en personas mayores.

Carter propone la toma compartida de decisiones en relación con el tamizaje de cáncer de próstata, referenciando que tales decisiones deben reconocer las preferencias del paciente. Se requiere un compromiso de los profesionales, el paciente y su familia para compartir la información bilateralmente, entendimiento de opciones, riesgos, beneficios y reconocer la



intervención de otros agentes, riesgo de falsos positivos, así como la necesidad de estudios posteriores con el fin de disminuir una actitud pasiva ante las decisiones (Carter et al., 2013).

Pinsky (2023) propone siete elementos que deben ser abordados en la toma compartida de decisiones con relación al cribado para cáncer de próstata. En primera instancia, sugiere abordar la posibilidad de un resultado desfavorable seguida de la posibilidad de riesgo de cáncer de próstata con base al mismo, retomar los beneficios con base a la prevención de muerte por la enfermedad, advertir sobre el riesgo de sobrediagnóstico y sobre tratamiento, estimar el riesgo personal con base a la edad, raza y antecedente familiar de la enfermedad, preferencias personales frente al seguimiento y herramientas diagnósticas adicionales que pueden ser necesarias en caso de un resultado anormal.

La estrategia Ask-Tell-Ask permite un acercamiento a lo que el paciente percibe frente al tamizaje de cáncer de próstata con base a tres principios. El primero de ellos permite indagar lo que el paciente conoce frente al testeo del antígeno prostático, reconocimiento de las necesidades particulares del paciente, culminando con las preguntas finales donde se corrobore si el paciente comprendió lo pactado (Vickers et al., 2014).

2.3.4.2 Diagnóstico y estadificación del cáncer de próstata.

Previo al tamizaje, la edad promedio de diagnóstico constituía los 70 años. Con el advenimiento del PSA y en conjunto con la realización de palpación transrectal de la próstata y la utilización de imágenes complementarias como la resonancia multiparamétrica y la biopsia transrectal de próstata, el 81% de los nuevos diagnósticos constituyen a una enfermedad localizada en el 10.1%, 30.7 %, 35.5%, 19,9% y 4.4% de pacientes menores de 55 años, 55 a 64 años, 65 a 74 años, 75 a 84 años y mayores de 84 años respectivamente (Wein et al., 2016).

Luego del diagnóstico histológico, la estadificación de la enfermedad es efectuada para la elección del tratamiento adecuado, estimar el riesgo de enfermedad metastásica y supervivencia luego de prostatectomía radical. La misma puede realizarse con base a la clasificación clínica e histológica. La clasificación TNM (Tumor, Node, Metastasis) permite un acercamiento al estadio clínico de la enfermedad, en donde T obedece a los hallazgos del tumor primario, siendo un hallazgo incidental o ser detectado durante el examen físico con compromiso de los lóbulos prostáticos, compromiso de las vesículas seminales y estructuras



adyacentes; N hace referencia a la presencia de nódulos regionales y M en relación con metástasis; por su parte, la clasificación de Gleason emite un puntaje de 1 a 5 con relación a los dos patrones histológicos preponderantes en la muestra de patología (Mottet, 2022).

De esta manera se considera una enfermedad de bajo riesgo a los tumores detectados por espécimen de biopsia con un puntaje Gleason menor de 7, PSA menor a 10 ng/ml y compromiso por biopsia unilateral o menos del 50% de la muestra. Dentro del grupo de riesgo intermedio se encuentran los pacientes con tumores detectados por biopsia o palpables con compromiso de un solo lóbulo prostático, puntaje Gleason de 7, PSA menor a 10 ng/dl, y compromiso bilateral por biopsia.

El comprometer ambos lóbulos prostáticos y vesículas seminales, puntaje Gleason de 7, PSA de 10 a 20 ng/ml y un compromiso mayor al 50% de la muestra, documentación de invasión perineural o diferenciación ductal o son los requisitos para una enfermedad de alto riesgo y el documentar un tumor con compromiso de tejidos adyacentes, puntaje Gleason superior a 7, PSA superior a 20 ng/ml e invasión linfovascular o diferenciación neuroendocrina otorga una clasificación de muy alto riesgo.

En concordancia, el estudio PIVOT (Prostate Cancer Intervention versus Observation Trial), el fallecimiento por cáncer de próstata ocurrió en el 2,7%, 10.8% y 17.5% de los pacientes con riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente lo que representa una supervivencia a 10 años que oscila el 95% para pacientes con enfermedad localizada en contraposición a 35% en aquellos con enfermedad metastásica (Mottet, 2022; Wilt et al., 2012; Pinsky, 2023).

2.3.4.3 Introducción al tratamiento para el cáncer de próstata.

Dentro de los tratamientos ofrecidos para los pacientes con enfermedad de riesgo bajo e intermedio se encuentra la prostatectomía radical como manejo con intenciones curativas en la enfermedad localizada. La misma corresponde a la remoción de la totalidad de la glándula en conjunto con las vesículas seminales y realización de anastomosis vesico-uretral; sus metas se relacionan con el control de la enfermedad, preservación de la continencia y de la función sexual ofreciendo un aumento en la supervivencia por cáncer entre 80 y 99 % a los 10 años (Mottet, 2022).

Se considera el tratamiento de elección en pacientes sanos con una expectativa de vida superior a 10 años sin comorbilidades que contraindiquen el procedimiento. Las complicaciones



perioperatorias se han descrito en el 21.4% de los pacientes a los 30 días del procedimiento, dentro de ellas la más común fue la infección del sitio operatorio en el 4.3% de los pacientes, seguida de infección de vías urinarias y reintervención para un 2.5% cada una, sangrado con requerimiento de transfusión de hemoderivados y uso de sonda uretral más de 30 días luego del procedimiento un 2.1% cada una (Wilt et al., 2012).

Posteriormente a los dos años, de acuerdo al estudio PIVOT, los pacientes reportaron incontinencia urinaria para un 17.1% y disfunción eréctil un 81.1 % para lo cual en la actualidad se han reforzado las medidas preservadoras de ramas nerviosas, longitud uretral y cuello vesical así como la realización del procedimiento por vía laparoscópica o asistidas robóticamente que disminuyen la ocurrencia de dichos eventos (Wilt et al., 2012).

Si bien, el efecto en la mortalidad por cáncer no fue modificado en relación a la edad, raza, índice de comorbilidad de Charlson o estado funcional; se genera una limitación en su ofrecimiento en pacientes mayores de 70 años, condicionando un infra tratamiento en pacientes con opción curativa en lo que se refiere al riesgo establecido durante el diagnóstico.

De lo anterior surge el cuestionamiento frente a la elección cuidadosa de pacientes y la estimación acuciosa de la expectativa de vida, toda vez el riesgo de muerte en la población adulta mayor corresponde a 0.48% así como riesgo de complicaciones a los 30 días obedece a un 20.4% y se estima la ausencia de recaída bioquímica para 86% lo cual es similar a la población joven (Mandel et al., 2019; Wilt et al., 2012).

2.3.4.3.1 Consideraciones de Guías de Práctica Clínica frente a la elección de prostatectomía radical en contexto de adultos mayores.

La Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica propuso para 2019 sus conclusiones frente al manejo del cáncer de próstata en el adulto mayor a partir de la clasificación D'Amico para estimación del riesgo de recaída bioquímica luego de cirugía radical, en conjunto con escalas de valoración geriátrica para generar un impacto en la sobrevida, calidad de vida, disminución en hospitalización y fortalecimiento en toma de decisiones (Boyle et al., 2019).

Enfatiza en la importancia de la valoración geriátrica integral mediante la herramienta *Geriatric Screening Tool (G-8)* propuesta por Carine Balleras la cual permite clasificar al adulto



mayor en saludable como aquel con un puntaje superior a 14 en comparación a vulnerable y frágil Balleras (como se citó en Boyle et al., 2019).

Sugiere que, para el adulto mayor saludable, es posible ofrecer el mismo tratamiento que se ofrecería a un paciente más joven contrario al paciente vulnerable y frágil, quién se beneficiaría de intervenciones desde la geriatría y el cuidado paliativo respectivamente. Llama la atención la ausencia en ofrecimiento de recomendaciones frente al cese del tamizaje de la enfermedad en contexto de la edad (Boyle et al., 2019).

Por su parte, la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, instrumento avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, clasifica las alternativas terapéuticas según la expectativa de vida (superior o inferior a 10 años) refiere que la prostatectomía radical puede ser ofrecida independientemente de la edad bajo una intención curativa sin claro límite etario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En relación con ofrecimiento de prostatectomía radical como tratamiento, la Sociedad Americana de Urología recomienda identificar el riesgo de progresión de la enfermedad a partir del valor del antígeno prostático, estadificación clínica y puntuación del espécimen de patología sobre la base de la clasificación de Gleason, en adición a la expectativa de vida, comorbilidades, condiciones preexistentes y preferencias del paciente. Es posible resaltar su énfasis en limitar el tamizaje, diagnóstico o tratamiento del cáncer de próstata en pacientes con una expectativa de vida menor de 5 años y la ausencia de directrices frente al ofrecimiento del procedimiento quirúrgico a adultos mayores de 70 años (Eastham et al., 2022).

Por su parte, la Asociación Europea de Urología referencia que el manejo quirúrgico con intenciones curativas debe ser ofrecido en pacientes con enfermedad localizada con una expectativa de vida superior a 10 años, referencia en Estados Unidos solo el 41% de pacientes mayores de 75 años con enfermedad de riesgo intermedio. reciben tratamiento curativo en comparación al 88% para pacientes entre 65-74 años, pese a que la prostatectomía radical está asociada con menor riesgo de metástasis y uso de terapia de deprivación androgénica en adultos mayores.

Concuerdan con la utilización de la herramienta Geriatric 8 para guiar la elección de tratamientos, así como la estimación de la fragilidad para la predicción de mortalidad en 30 días



y la relevancia en la identificación de comorbilidades mediante las herramientas Cumulative Illness Score Rating Geriatrics (CISR-G) así como estimación del estado nutricional y cognitivo sin limitación puntual en el ofrecimiento de procedimientos quirúrgicos en adultos mayores (Mottet, 2022).

La NCCN propone sus directrices frente al manejo del cáncer en adultos mayores, donde referencia que la edad no es un determinante inicial en el ofrecimiento de procedimientos quirúrgicos y debe ser abordada con base en la fragilidad del paciente. Así mismo, sugiere la realización de prostatectomía radical en pacientes con una expectativa de vida mayor de 10 años y sin comorbilidades importantes (National Comprehensive Cancer Network, 2022).

2.3.4.3.2 Estrategias para la decisión de procedimiento quirúrgico con intención curativa en pacientes adultos mayores con cáncer de próstata.

Las Tablas de Partin constituyen un nomograma predictivo del estadio de la enfermedad tras la realización de prostatectomía radical. Fue propuesto en 1993, actualizado en 2007 y toma en cuenta variables como son el nivel de antígeno prostático, estadio clínico de la enfermedad y el resultado de la Clasificación de Gleason en la biopsia de próstata. Un mayor puntaje otorga mayor riesgo de enfermedad localmente avanzada e invasión linfovascular, en donde es cuestionable la utilidad de la prostatectomía radical (Cornejo-Dávila et al., 2015).

El nomograma propuesto por The Memorial Sloan Kettering Cancer Center adiciona la posibilidad de haber recibido terapia de deprivación androgénica o radioterapia previo a la cirugía en pacientes con una expectativa de vida superior a 15 años. Para lo anterior cuenta su propia herramienta de estimación de expectativa de vida, la cual indaga frente a comorbilidades cardiovasculares, tabaquismo, presencia de aneurisma de la aorta, entre otras patologías, proponiendo dos posibles desenlaces que enfrentarían 100 hombres en condiciones similares en ausencia de tratamiento en un periodo de 10 a 15 años (National Comprehensive Cancer Network, 2022).

Por su parte, The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) resalta la importancia en toma de decisiones compartidas y evaluación de la calidad de vida previo a la realización de un procedimiento quirúrgico. Propone que los diálogos previos a la intervención deben cuestionar la capacidad de comprensión de la información, riesgo y progresión actual de la enfermedad y la expectativa de vida; la calidad de vida puede ser abordada mediante la



escala Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC 26) la cual evalúa la presencia de síntomas gastrointestinales y genitourinarios antes del procedimiento y permite un acercamiento a la necesidad de valoración geriátrica integral y tolerabilidad de la intervención (National Comprehensive Cancer Network, 2022).

Se reconoce adicionalmente la expectativa de vida como determinante en la toma de conductas. En consecuencia, se han desarrollado herramientas para la comunicación de la misma que permitan establecer un diálogo en torno al paciente y refuercen la toma compartida de decisiones y adherencia al tratamiento en 11 pasos como son: comunicación de datos con base a la evidencia, explicación de riesgos, utilizar un lenguaje que despersonaliza la expectativa de vida del paciente, proveer un rango de años, utilizar datos específicos del paciente, explicar el método por el cual fue calculada, referenciar la inclusión de comorbilidades en el cálculo, proveer un horizonte de tiempo en relación con el tratamiento y la ausencia del mismo (González y Latorre, 2021; Daskivich, 2022).

2.3.5 Impacto de las patologías urológicas en el adulto mayor

Las patologías urológicas tienen un impacto en el adulto mayor al ser las desencadenantes o agravantes de los denominados síndromes geriátricos. De su concepción sindrómica, entendida como el conjunto de signos y síntomas, surge un fenotipo que constituye la expresión de alteraciones físicas, morfológicas y bioquímicas ajustadas al entorno y factores genéticos (Inouye et al., 2007).

Estas condiciones comparten diferentes características, como son su etiología multifactorial, la posibilidad de que algunas estrategias diagnósticas puedan ser inefectivas o deletéreas y, finalmente, su manejo pudiese generar un impacto positivo en el paciente pese a la ausencia de un agente etiológico claro que haya desencadenado su inicio (Inouye et al., 2007).

La fragilidad, entendida como una disminución en la velocidad de retorno a la homeostasis, se relaciona estrechamente con la presencia de síntomas urinarios, afectando a un estimado de 2.3 billones de personas. Para el tratamiento de los síntomas urinarios obstructivos bajos en la consulta de urología es utilizada la Escala IPSS (Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos), la cual permite un acercamiento a la severidad de los síntomas. En relación con ello, la fragilidad se encontró presente en el 7.3%, 16.3% y 43.2% de los hombres que calificaron sus síntomas como leves, moderados, o severos respectivamente.



Las caídas corresponden a la sexta causa de mortalidad en la población adulta mayor de 60 años. La presencia de síntomas urinarios se asocia con menor tiempo de actividad física, alteración en el patrón del sueño y sus tratamientos están relacionados con hipotensión ortostática, vértigo y consecuente alteración en la marcha (Wein et al., 2016).

Las fugas de orina pueden estar relacionadas con una alteración fisiológica del tracto urinario o ser el esbozo de la disfunción vesical producida por otras patologías. Pese a su etiología multifactorial, esta manifestación se asocia a depresión, aparición o empeoramiento de lesiones dérmica y aumento en riesgo de caídas, con un costo estimado de 82.6 millones de dólares para 2020 en relación a valoraciones médicas, hospitalizaciones, uso de medicamentos, protectores o pañales así como ausentismo laboral (Wein et al., 2016).

En concordancia se han direccionado las metas en el tratamiento de la incontinencia, de acuerdo a la Sociedad Internacional de Incontinencia, en el tratamiento de condiciones reversibles bajo la mnemotécnica DIAPPERS (Delirium, infecciones, vaginitis atrófica. En el caso de las mujeres, condiciones psicológicas que incrementen la asistencia al baño, polifarmacia, reducción en movilidad e impactación fecal) (Wein et al., 2016).

Frente a la existencia de una patología intrínseca del aparato urinario, destaca en primera instancia la hiperactividad vesical en su variante hipocontractil en donde ocurre una reducción en la fuerza de contractilidad del detrusor ocasionando un vaciamiento vesical prolongado seguida de la hipermovilidad uretral y disfunción vesico-esfinteriana. A su vez, pacientes con antecedente de enfermedad de Parkinson, demencia tipo Alzheimer, esclerosis múltiple y evento cerebrovascular agudo pueden desarrollar síntomas urinarios en el 70% de los casos (Wein et al., 2016).

Algunos de los tratamientos para diferentes condiciones urológicas han sido vinculados con el desarrollo de deterioro cognitivo, agudo o crónico. El delirium corresponde a un estado confusional agudo caracterizado por fluctuación en el estado mental, el cual puede ocurrir entre el 14-56% de los pacientes y se relaciona con mortalidad intrahospitalaria entre el 22-76%, reingreso hospitalario e incremento en costos de hospitalización. Dentro de sus desencadenantes se identifican las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, en donde la nocturia superior a dos episodios se encuentra relacionada con alteración en la calidad de vida, depresión,



aumento en morbilidad y mortalidad, así como el uso de medicamentos anticolinérgicos para el tratamiento de la hiperactividad vesical (Wein et al., 2016; Inouye et al., 2007).

A su vez, el disminuir la carga anticolinérgica ha demostrado en reducir los cambios comportamentales y el deterioro cognitivo. En caso de ser utilizados, se deben considerar los Criterios de Beers, evitar las dosis infraterapéuticas, ascenso lento de la dosis utilizada, evitar la cascada de prescripción en donde se prescribe un segundo medicamento para tratar los efectos adversos del primero toda vez los adultos mayores cuentan con un mayor riesgos de prescripción inapropiada de medicamentos y reacciones adversas por interacciones medicamentosas (Wein et al., 2016).

2.3.6 Conflictos bioéticos en la práctica de la urología

El advenimiento de múltiples herramientas cribado, diagnóstico y tratamiento de patologías urológicas en una sociedad que enfrenta un aumento en la expectativa de vida y consecuente exposición a patologías crónicas, surge la necesidad de ofrecer un entrenamiento a los profesionales de la salud frente al cuidado del adulto mayor, el papel de la tecnología en su transición a la senescencia y el uso adecuado de la misma.

Se postuló entonces el primer capítulo de entrenamiento en urología en adulto mayor de la Asociación Americana de Urología para 1998, del cual se deriva el curso denominado *Clinical Ethics for Urologist* el cual pretende un acercamiento de los estudiantes a los conflictos éticos que surgen del ejercicio de la urología, así como el Grupo de Estudio Coreano para la Urología en Geriátrica para 2014, este último surgiendo de la necesidad de generar un cuidado integral en pacientes con incontinencia urinaria en hogares de larga estancia (Cho y Na, 2022).

Surge la inquietud, desde el ejercicio de la urología en Colombia, frente a los motivos de consulta, con base a situaciones evidenciadas en el ejercicio clínico, al Servicio de Ética Clínica en un hospital de cuarto nivel. De las mismos, la patología urológica más frecuente fue el cáncer de próstata en estadio avanzado, comparado dentro de las etiologías no urológicas de mayor relevancia, al compromiso obstructivo de la vía urinaria por una patología maligna y la necesidad de derivación de las vías urinarias superiores. En concordancia, el principal cuestionamiento obedeció a la proporcionalidad de medidas en final de vida, el respeto a la



autonomía y las implicaciones médico-legales del consentimiento informado (Monroy et al., 2022).

Jaramillo (2021) se cuestiona frente a los conflictos que surgen del ejercicio médico de la urología en Colombia, mediante la realización de ocho entrevistas a médicos urólogos que ejercen en el territorio colombiano. Pretende ahondar frente a la justicia en la prescripción de medicamentos y el ejercicio de la autonomía médica como un esbozo de la tensión entre el principio de beneficencia y justicia, a la luz del sustrato económico del ejercicio médico, permitiendo una aproximación de la bioética a la urología en el ámbito colombiano.

La Sociedad Internacional de Incontinencia reconoce la escasez de directrices en lo que han denominado cuidado ético del adulto mayor y el propender por el cuidado en situaciones de discapacidad. Reconoce que algunas guías de práctica clínica que esbozan el manejo de disfunciones miccionales pueden ser inapropiadas para adultos mayores, pues no consideran factores determinantes en la toma de decisiones como son la fragilidad, estado funcional, deterioro cognitivo, presencia de comorbilidades y polifarmacia (Suskind et al., 2022).

Resalta el principialismo de Beauchamp y Childress como herramienta para guiar el actuar de los profesionales de la salud, así como la ética del cuidado, referenciado que el propender por un adecuado cuidado trasciende el cumplimiento de las reglas elaboradas desde la academia e incluye la diferenciación entre edad biológica y funcional (Suskind et al., 2022).

Desde la noción de dignidad, retoma a Leget, quién afirma el valor de la dignidad inherente a la condición humana, así como una subjetiva en relación el respeto y autoestima, siendo finalmente relacional como la dignidad vista desde el reconocimiento externo. En concordancia, propone dos estrategias que resumen su propuesta de cuidado centrada en la dignidad: la primera de ellas, a través de enunciados que surgen del deber de cuidar, como son la creación de entornos que favorezcan el cuidado ético, todos los adultos deben ser tratados con dignidad, los profesionales de la salud deben reconocer las metas en salud importantes para el paciente, procurar utilizar herramientas de comunicación e interacción con el paciente y su familia y contemplar el impacto de sus tratamientos en relación a comorbilidades, fragilidad, deterioro físico y cognitivo Leget (como se citó en Suskind et al., 2022).

Por su parte, la medicina mínimamente disruptiva (MDM) promueve el cuidado centrado en el paciente enfocado en alcanzar las metas en salud con base a su contexto



económico y social, instaurando el tratamiento que afecte en menor medida su calidad de vida (Suskind et al., 2022).

2.4 Reconociendo el edadismo

2.4.1 Bases históricas.

Los cuestionamientos frente a la vejez son tan antiguos como la historia en sí misma. El escriba egipcio Ptah- Hotep para el año 2450 a.C, referencia la vejez como la peor de las desgracias para un hombre; no obstante, el mundo griego estuvo marcado por un periodo de gloria para la vejez donde se reconocía su heroísmo y sabiduría al ser portadores de una misión divina. En contraposición, Aristóteles se refería a los adultos mayores como “*pasados de su mejor momento*” al relacionarlos directamente con el pesimismo, cobardía, frialdad y gestores de vicios (Jecker, 2020).

El imperio romano constituyó una época de contrastes, pues si bien se mantuvieron cargos relevantes para adultos mayores, el poder del Senado disminuyó y eran delegados pequeños trabajos manuales a los adultos mayores como ejemplo de humildad ante la decadencia de sus actividades laborales, pues los adultos mayores no poseían sensatez y en ellos abundaba la inmundicia hasta que volvieran a sus cenizas Minos (como se cita en Gonzalez y Latorre, 2021).

Durante la Alta Edad Media, los ancianos fueron acogidos por las iglesias y los hospitales durante su retiro, pero para los adultos mayores que residían en monasterios se introdujo la práctica de un retiro voluntario de preparación para la vida eterna con un ocasional beneficio económico. Durante los siglos XI y XII, el desarrollo material permitió el mantenimiento de la actividad de los adultos mayores con base en su capacidad física pese a su edad, lo que se vio favorecido durante la era de las pestes, pues con el fallecimiento de niños y adultos jóvenes, surgió un agrupamiento familiar basándose en los ancianos.



Durante la revolución industrial, quienes agotaban sus capacidades físicas eran despedidos, por lo que la vejez se asociaba con imposibilidad de producir valor económico, considerando viejos precoces a los trabajadores de 45-50 años, lo que introdujo el concepto de pensión, cuyo beneficio era ofertado para funcionarios militares y públicos en los Países Bajos Lenoir (como se citó en Gonzalez y Latorre, 2021).

Para Robert Neil Butler, el término ageismo hace referencia a la discriminación entre grupos etarios con base a la edad y en relación a los adultos mayores, entrevé una repulsión al proceso de envejecimiento vinculándolo directamente con enfermedad, discapacidad, falta de utilidad, muerte, mayor costo de vida y menor fuerza laboral. Posee tres dimensiones, como son las concepciones, prejuicios y actos discriminatorios, tres niveles de manifestación como son institucional, interpersonal y propio, así como dos formas de expresión, siendo implícito y explícito.

2.4.2 Nacimiento de concepciones edadistas

Para el nacimiento de concepciones edadistas y la ejecución de las acciones derivadas de las mismas se requiere la coalición de tres dimensiones propuestas por Thomas Iversen. En primera instancia, el estereotipo consiste en el conjunto de estructuras cognitivas producto de creencias y expectativas, las cuales guían un comportamiento social determinado.

En relación con el edadismo se generan estereotipos basándose en una disminución en capacidades físicas, mentales, competencias sociales y políticas que son generalizadas e interpretadas como una característica grupal en razón a la edad; a su vez, los estereotipos pueden ser positivos o negativos y variar acorde a la región, entorno social y económico y así como la edad de aparición de las conductas edadistas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Su desarrollo puede ser consciente cuando se reconocen las conductas en la comunidad o inconsciente al desvanecerse y ser considerado como una conducta esperable. El mismo puede desaparecer con base en causales comportamentales, fisiológicas o psicológicas cuando se relacionan metas con base en la edad, como la pensión por retiro de actividad laboral, lo que refuerza la comprensión del envejecimiento propio y expectativas frente al mismo con base en la funcionalidad y morbilidad.



Los estereotipos han sido en mayor frecuencia negativos en los últimos 200 años en relación a la medicalización del envejecimiento y el aumento en la población mayor de 65 años, pues en la actualidad uno de cada tres adultos mayores de 65 años ha reportado percibir conductas edadistas en relación a insultos o la negación de servicios en razón a su edad.

El prejuicio obedece a una reacción emocional positiva o negativa basada en la percepción de una característica individual o colectiva; finalmente, la discriminación hace referencia a las acciones, prácticas o políticas implementadas con base en el papel de un individuo en un grupo que imponen una ventaja o desventaja a quien es sujeto de discriminación, sus consecuencias son bidireccionales con afectación directa del actor y el receptor, pues las conductas son reforzadas con base en las relaciones interculturales, pensamientos, acciones y sentimientos.

2.4.3 Teorías del edadismo

Las teorías del edadismo están postuladas basándose en sus niveles de ocurrencia. El nivel micro hace referencia a las concepciones, emociones y acciones individuales seguidas del nivel meso que obedece a las conductas grupales, organizacionales y el nivel macro hace referencia a las nociones culturales en relación a regulaciones políticas.

2.4.3.1 Teorías del nivel micro del edadismo.

Proviene de dos teorías de la investigación en psicología, como son la teoría social en relación a la construcción de una identidad social, y la psicología del desarrollo en relación a la creación del estereotipo. En primera instancia, la teoría del terror hace referencia a una gesta del edadismo con base en el miedo a la muerte en donde los adultos mayores pueden ser un recordatorio de la inevitabilidad de la muerte y el deterioro físico, lo que refuerza la búsqueda de herramientas relacionadas con la inmortalidad como estrategia de disminución de la ansiedad frente al fallecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2021; Powell, 2019).

La teoría del contacto intergeneracional o teoría de la identidad social se funda en una explicación del edadismo vinculada con una reacción hostil ante otros grupos generacionales, al ser percibidos como potencialmente peligrosos para el bienestar del grupo. Propone que los individuos actúan como miembros de un grupo de referencia en donde la edad es un criterio de



identificación y exclusión de otros miembros (Organización Mundial de la Salud, 2021; Powell, 2019).

Por su parte, la interiorización del estereotipo dentro del grupo propone que la exposición constante desde edades tempranas a connotaciones negativas frente al envejecimiento tiene repercusiones en los comportamientos edadistas y percepciones obtenidas de los adultos mayores en adultos jóvenes. Lo anterior otorga responsabilidad frente al logro de un envejecimiento saludable, pero refuerza la concepción de que el envejecimiento está relacionado con un deterioro físico y psicológico, el cual es mandatorio afrontar (Powell, 2019).

2.4.3.2 Teorías del nivel meso del edadismo.

El nivel hace referencia a las teorías que influyen el edadismo que ocurre en la interacción entre dos personas o grupos, la cual se puede manifestar en el rechazo a opiniones, evasión en la toma de decisiones, modificación del vocabulario y tono de voz denominado *elderspeak* como manifestación de la relación entre el envejecimiento y dificultad en la comprensión de información. El término es acuñado por Caporael en 1981, el cual constituye un ejemplo de injusticia epistémica al asignar un grado de credibilidad a los discursos de los adultos mayores Caporael (como se citó en Jecker, 2020).

En concordancia, una de cada dos personas tiene actitudes moderadas o altamente edadistas las cuales son más frecuentes en países de baja renta, como India, Nigeria o Yemen en comparación con Australia, Japón y Polonia (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Se distinguen teorías en relación con el desarrollo del edadismo en agrupaciones. La teoría evolutiva de la pertenencia de grupos referencia la edad como característica relacionada con el tiempo en donde los individuos requerirán asistencia, recobrando sus capacidades físicas para posteriormente socorrer en tiempos de adversidad a quienes tengan mayor fuerza laboral y potencial reproductivo.

2.4.3.3 Teoría del nivel macro del edadismo.

El nivel macro hace referencia a las leyes, normas y políticas que divergen su aplicación sobre la base de la edad. Se evidencia en la representación de los adultos mayores en los medios de comunicación, pues hasta 1990, en los programas de televisión emitidos en Europa y Norteamérica, los adultos mayores eran asignados a papeles menores asociados a soledad, morbilidad y depresión; así mismo se estima que 1200 publicaciones en la red social Twitter



refuerzan la vulnerabilidad como estereotipo en relación con el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En concordancia, la teoría de la modernización social sugiere el edadismo es una manifestación de una pérdida en estatus social por parte del adulto mayor en razón de los avances en tecnología y medicina, toda vez se desarrolla una brecha generacional, pues la sabiduría del adulto mayor se percibe como obsoleta al no equiparar la velocidad de los avances tecnológicos (Powell, 2019).

2.4.4 Impacto del edadismo

Las connotaciones negativas en razón a la edad afectan de manera notable la calidad de vida de los adultos mayores, toda vez que se asocian con muerte temprana, deterioro cognitivo y menor recuperación en estancias hospitalarias, ya que quienes perciben actitudes positivas frente a su edad poseen 44% más posibilidades de recuperación de un deterioro agudo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En congruencia, se relacionan con el incremento en comportamientos de riesgo como el consumo de una dieta no saludable, alcohol, cigarrillo, y no adherencia a medicamentos, lo que es causal del 10% de ingreso a servicios de urgencias. A su vez, se evidencia un deterioro en la salud mental, pues el edadismo se encuentra vinculado a 6.3 millones de casos de depresión, ansiedad, así como manifestaciones de maltrato, ya que uno de cada seis adultos mayores son víctimas de abuso correspondiendo al 15.7% de la población mayor de 65 años de los cuales 11.6% son víctimas de abuso psicológico, 6.8% de abuso financiero, 4.2% de negligencia, 2.6% de abuso físico y 0.9% abuso sexual (Organización Mundial de la Salud, 2021).

El impacto económico es evidente, pues se estima que uno de cada siete dólares es destinado al pago de tratamientos de patologías que pueden surgir de actitudes edadistas no previstas, lo que corresponde a 33.7 billones de dólares producto de estereotipos en razón a la edad y 28.5 billones, gracias a conductas discriminatorias (Organización Mundial de la Salud, 2021).

2.4.5 Edadismo en la prestación de servicios de salud

En Estados Unidos los adultos mayores constituyen menos del 15% de la población, pero acarrearán el 36% de los costos de inversión en salud, así mismo en el Reino Unido los



adultos mayores constituyen dos tercios de los usuarios del Servicio Público en Salud y en Alemania constituyen el 30% de la población que requiere una prescripción médica.

Pese a su importancia, las actitudes negativas en razón de la edad son evidentes en el área de la salud en diferentes escenarios, disciplinas y profesiones. Desde la investigación en salud se estima que la edad es un factor determinante en cuatro dominios, como son el diseño y logística del estudio, factores asociados a los profesionales de la salud y los pacientes, pues en los ensayos clínicos ocasionalmente se estipula como criterio de exclusión el deterioro funcional, antecedente de enfermedad oncológica y otras comorbilidades (Powell, 2019).

Lo anterior ocurre con mayor frecuencia en especialidades como cardiología, medicina familiar, nefrología, neurología, psiquiatría, reumatología y urología, pese a la relevancia de sus patologías en la población mayor, lo que constituye un sesgo de selección que limita el desarrollo de nuevos tratamientos para esta población (Powell, 2019).

A su vez, hay discrepancia en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en relación con la edad avanzada, pues se evidencia un alza en la suspensión de terapias según la década de vida, con un incremento del 15%, 19% y 12% para ventilación mecánica, cirugía y terapia dialítica respectivamente. En concordancia, los profesionales incluyen en menor medida a las personas mayores en la toma de decisiones y, durante la conversación, disminuyen la frecuencia de la sonrisa, el optimismo en su discurso, direccionan el mismo a tareas básicas y acortan la duración de este, lo que favorece la dependencia y minimiza el número de comportamientos autónomos en personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2021; Powell, 2019).

Dentro de los factores determinantes se encuentra la edad, siendo más frecuente en menores de 25 años, mayor ocurrencia en hombres, así como el nivel de contacto con el adulto mayor e interés por el envejecimiento propio. A su vez, pacientes con discapacidad funcional y residentes en hogares gerontológicos son más susceptibles a experimentar conductas edadistas lo que causa en los pacientes una distorsión del proceso de envejecimiento relacionado al dolor y búsqueda de medicación para condiciones no patológicas (Powell, 2019).

En niveles superiores se evidencian connotaciones negativas en las políticas públicas en salud direccionadas bajo la posibilidad de prolongar la expectativa de vida con falencias en la identificación de necesidades de los pacientes lo que se traduce en limitación en el acceso a servicios de salud, presencia de barreras geográficas, disminución de programas de prevención,



ausencia de formación a los profesionales de la salud en la atención integral al adulto mayor lo cual se ve reflejado en un menor acceso a centros especializados y programas de rehabilitación durante la atención de eventos cerebrovasculares en adultos mayores comparado con adultos jóvenes así como discrepancia en la edad de cese de tamizaje para patologías como enfermedad vascular, cáncer de mama entre otras (Powell, 2019).

Shumway y Hamstra (2015) plantean que las personas mayores acceden en menor frecuencia a la realización procedimientos quirúrgicos o sesiones de radioterapia en relación con el carcinoma escamocelular orofaríngeo; en concordancia, los pacientes mayores de 65 años reciben en menor frecuencia radioterapia previo a cirugía en cáncer de colon pese a su relevancia en disminuir la recurrencia local de la enfermedad.

Si bien, la connotación positiva frente a la edad ha demostrado disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y depresión; se estima que un 20% de los pacientes adultos mayores han experimentado manifestaciones discriminatorias relacionadas con su edad, de las cuales surgen nuevas entidades patológicas que requerirán tratamiento médico. El tratamiento de las mismas puede representar un costo de 63 billones de dólares en un año, cuantificando el gasto de las ocho condiciones de salud más prevalentes, es decir, uno de cada siete dólares invertidos en salud es fruto de conductas que emanan de la discriminación basada en la edad, y su ausencia permitiría el ahorro de 1.1 billones anuales (Levy, 2022; 2020).

A su vez, los adultos mayores son excluidos de los ensayos clínicos por múltiples motivos en razón a su edad, pues entre 1996 a 2002, el 68% de los pacientes incluidos en estudios clínicos en relación con el cáncer tenían edades entre 30 a 64 años comparado con 8.3% para pacientes entre 65-74 años (Schroyen et al., 2015).

Su exclusión se fundamenta en disminuir la tasa de deserción por mortalidad o descompensación de comorbilidades y evitar con ello la prolongación innecesaria de los estudios clínicos, lo cual posee consecuencias en el tratamiento de diferentes patologías, toda vez no se contempla la heterogeneidad con la que se manifiesta el envejecimiento y las comorbilidades a la luz de patologías oncológicas y se acentúa la dificultad en el direccionamiento de guías de práctica clínica con base en la edad cronológica o biológica (Schroyen et al., 2014).



2.4.6 Edadismo en la práctica urológica

Mistry (2009) se cuestiona frente a la existencia de concepciones negativas en razón a la edad en la detección del cáncer de próstata y la manera de incorporar el aumento en la expectativa de vida al cribado de la enfermedad. En su artículo denominado *Who 's too old to screen? Prostate cancer in elderly man* hace énfasis en el resultado histológico de 1446 biopsias transrectales de próstata de pacientes mayores de 75 años, en donde el 52% de biopsias eran indicativas de patología maligna y de las mismas el 78% eran clasificadas como de una enfermedad clínicamente significativa.

Referencia como limitaciones dentro del estudio el desconocer el motivo de solicitud de la biopsia transrectal, los hallazgos al tacto rectal de los pacientes y la dificultad en la definición de una enfermedad clínicamente significativa desde la percepción del paciente. Enfatiza en no limitar la realización de biopsia transrectal con base en la edad y los hallazgos clínicos y sugiere no continuar en el tamizaje en adultos mayores de 75 años, dado el riesgo de sobre tratamiento de una enfermedad clínicamente no significativa (Fleshner, 2009).

Así mismo, el estudio de Shumway y Hastra (2015) describe que en un grupo de personas mayores con enfermedad de alto riesgo, 67% recibieron terapia de deprivación androgénica o ninguna terapia, en comparación con 33% que recibieron alguna terapia local, pese a que, de acuerdo a su riesgo e independiente de la edad de diagnóstico, pueden fallecer por la enfermedad en los próximos 15 años.

2.4.7 Consideraciones bioéticas frente al edadismo

Algunos autores han realizado un acercamiento a la resolución de los conflictos que suscita el envejecimiento desde la justicia intergeneracional y la distribución de recursos económicos y tecnologías en salud con base a la edad, pues reflejan relaciones asimétricas de poder que pueden deteriorar y modificar la calidad de vida y, a diferencia de otras nociones discriminatorias como el racismo, el edadismo puede variar y disminuir su intensidad en el tiempo, pues quienes se encuentran a favor de conductas edadistas se convertirán eventualmente en personas mayores.

Quienes abogan por la distribución equitativa reconocen las actitudes discriminatorias relacionadas con la edad. Bidadanure (2017) retoma las concepciones relacional igualitaria y



distributiva de la equidad. La primera de ellas centra su preocupación en el desarrollo del individuo en una comunidad donde las minorías son reconocidas y respetadas y su desarrollo transcurre sin temor, lo cual referencian es contrario a la concepción distributiva, pues considera esta hace hincapié en la evasión de distribución desigual, su carácter moral y la necesidad de compensación más que en la igualdad en sí misma.

Propone entonces la igualdad distributiva como el camino y la relacional como meta, en tanto la primera permite distinguir las distribuciones desiguales de poder con una valoración instrumental de la equidad, lo cual incluye algunas dimensiones de la equidad, pero puede no dimensionar otras. (Bidadanure, 2016).

En su escrito denominado *Making sense of age-group justice: A time for relational equality?* de 2016 resalta las propuestas de diferentes autores para ahondar en la edad como un factor en la distribución de recursos en salud.

La teoría de la equidad de vidas completas propuesta por Mc Kerlie 2012 propone que las desventajas en la distribución de recursos en un momento etario pueden compensarse con ventajas de otro momento, pues se debe procurar por un acceso equitativo a oportunidades, recursos y capacidades en la totalidad de la vida más que en una etapa de la misma; en concordancia, las inequidades entre grupos etarios solo importan en tanto generen conflictos diacrónicos afectando la totalidad de la experiencia vital de las personas McKerlie (como se citó en Bidadanure, 2016).

Desde un acercamiento a la igualdad distributiva, Bidadanure, retoma el concepto “*fair innings*” propuesto por John Harris en 1985, según el cual sociedades deben hacer el esfuerzo para que todos sus miembros vivan una cantidad justa de años. En este sentido, es éticamente permisible asignar menor prioridad a los adultos mayores, lo que se traduce en el reconocimiento de la muerte como un suceso inevitable y el envejecimiento como un costo para aquellos que no han alcanzado la edad justa establecida (Bidadanure, 2016).

En relación con ello, la teoría denominada por Callahan “*Biographical Life Span*” para 1987 propone que la ciencia debe avanzar en la prevención de enfermedades, pero siempre habrá una frontera en el tratamiento de las mismas, la cual puede ser una edad biológica que oscile entre los 70-80 años por lo que el fin de las ciencias de la salud es prevenir la muerte



antes del límite y aliviar el sufrimiento luego del mismo Callahan (como se citó en Tsuchiya, 2000).

En concordancia, Daniels (1988) acuña la teoría “*Prudential Life Span Approach*” en donde se debe propiciar por ofrecer la mejor experiencia vital y, en tanto sea lograda, sería aceptable tener desventajas a una edad mayor con el fin de tener ventajas en una etapa previa, por tanto, los criterios de justicia en la distribución recursos cambiarán con el envejecimiento en relación con el ofrecimiento de oportunidades.

En contraposición, John Kilner resalta la concepción de las personas mayores en la tribu Akamba del distrito de Machakos en Kenia, el comunitarismo africano reconoce que el estatus moral del individuo se alcanza con el tiempo a medida que se relaciona en comunidad, obteniendo el grado de persona gracias al envejecimiento (African y Kilner, 1984; Jecker, 2020).

A su vez, Grimely Evans enfatiza en la igualdad de los ciudadanos pesea su condición física y mental; por su parte, George Agich afirma que el edadismo es un reflejo de las actitudes de las personas de mediana edad hacia sus personas mayores, las cuales se ven influenciadas por la noción de autonomía en el envejecimiento siendo este un proceso biológico, psicológico y social (Jecker, 2020).

Capítulo 3. Análisis de Caso

Se presenta en el capítulo el análisis del caso expuesto previamente a partir de la metodología sugerida por Peter Singer en su texto *The Cambridge Textbook of Bioethics* de 2008, el cual propone un enfoque práctico, versátil y comprensible de los conflictos que suscita la práctica médica, en conjunto con el análisis de casos clínicos desarrollado en la sección *Clinical Decisions* utilizada por la revista *The New England Journal of Medicine* (Dingwall, 2008; Lee et al., 2023).

3.1 ¿Qué es?

El edadismo hace referencia a todas las concepciones, prejuicios y actitudes que emanan de una noción deficitaria del envejecimiento. El mismo posee diferentes niveles de



manifestación en base a los actores involucrados. En primera instancia, el nivel micro se relaciona con las acciones individuales seguidas del nivel meso que obedece a las conductas grupales y el nivel macro a las regulaciones políticas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En el caso clínico presentado es posible evidenciar las mismas en diferentes ámbitos. Desde el actuar del paciente se evidencian pensamientos edadistas relacionadas con su propio envejecimiento, vinculando el mismo con morbilidad y polifarmacia en afirmaciones como *“le causa curiosidad, solo consumir medicamentos en caso de dolor, pues piensa que a su edad lo usual es consumir al menos cinco medicamentos en el día.”*

Por parte de su familia se evidencia, pese a la funcionalidad de Álvaro, algunas manifestaciones que pretenden limitar su actuar y, si bien yacen del deseo de protección, pueden minimizar la funcionalidad del paciente, lo cual se extiende a la esposa de Álvaro con las afirmaciones *“pues su madre ya tiene una edad muy avanzada para asistir a la consulta”, “los abuelitos son como niños; no se pueden cuidar solos”*.

Dentro de los familiares de Álvaro, el comportamiento de su hija Sara se hace notable al querer ocultar información relevante a la atención médica a su padre y atribuir sus dolencias a cambios fisiológicos acorde a su edad. Lo anterior constituye un error, pues si bien existen adaptaciones fisiológicas del tracto urinario al envejecimiento, el asumir que sus síntomas son la manifestación de las mismas puede limitar el acceso a servicios de salud, minimizar las quejas del paciente propiciando su detección en estadios avanzados de la enfermedad.

Desde la atención por el personal de salud se evidencian conductas edadistas en el ámbito hospitalario y ambulatorio. En relación con el personal de enfermería, las afirmaciones *“los abuelitos usualmente no ven o escuchan muy bien y pueden caer”, “pues en adultos de una edad avanzada no se ofrecen opciones terapéuticas adicionales”* y *“en viejitos mucho; los años no llegan solos”* denotan una relación directa entre envejecimiento, discapacidad y enfermedad, así como desconocimiento de la patología del paciente y sus opciones terapéuticas generando reacciones de ansiedad, incertidumbre y tristeza frente a una patología y el cateterismo vesical permanente como derivación de la vía urinaria, pues su uso se ha relacionado deterioro en calidad de vida en 80.6% de los casos, disminución en la interacción social y actividades laborales para un 34.6% y 48.1% respectivamente así como y prevalencia de trastorno depresivo en diferente severidad para un 46.1% (Olajide et al., 2016).



Por parte de la atención médica se evidencian claros referentes en conductas edadistas en frases como “*a los viejitos ya no vale la pena operarlos*”, “*los viejitos tengan tantas cosas*”, “*¡Lástima! Siendo más joven se hubiera podido hacer algo, a su edad este problema no le causará la muerte*”, “*pues en adultos de una edad avanzada no se ofrecen opciones terapéuticas adicionales*”.

Dichas afirmaciones resultan confusas para el paciente y su familia, pues son introducidas a partir de un diagnóstico nuevo, el cual no es claro para el paciente en diferentes aspectos. A su vez, no ofrecen un enfoque personalizado del paciente, pues no evidencian una reflexión sobre la funcionalidad del mismo, comorbilidades y expectativas.

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, la expresión “*valer la pena*” hace referencia a una persona o cosa que es valiosa, útil o digna de que se realice un esfuerzo por conseguirla, lo cual puede suscitar conjeturas al ser utilizada en la elección de un tratamiento con intención curativa en contexto de una enfermedad oncológica. En concordancia, siempre merecerá la pena optar por la mejor opción terapéutica, individualizando la misma con base en los riesgos y preferencias del paciente.

La expresión “*¡Lástima! Siendo más joven se hubiera podido hacer algo, a su edad este problema no le causará la muerte*” permite acercarnos a dos reflexiones. La primera de ellas nace de la sorpresa del profesional al comprender que la presente situación constituye el primer acercamiento de Álvaro al cribado para el cáncer de próstata, el cual ya no es sugerido acorde a algunas Guías de Práctica Clínica con base en su edad y la posibilidad de sobrediagnóstico de enfermedades clínicamente no significativas.

Una enfermedad clínicamente significativa hace referencia a aquella que se relaciona con morbilidad o muerte para el paciente, no obstante en la actualidad existen divergencias en su definición, lo cual puede generar errores en interpretación de la enfermedad para el paciente y su familia al confundir enfermedad clínicamente no significativa frente a la ausencia o relevancia de la enfermedad por lo cual se sugiere durante la valoración urológica hacer referencia a riesgos, indolencia o latencia (Mertens et al., 2022).

Adicionalmente, pese a los progresos tecnológicos en materia de tamizaje y manejo de patologías urológicas, la asistencia temprana a una valoración urológica sigue influenciada por



costumbres y prejuicios frente a la atención médica sobre la base de concepciones derivadas del machismo, lo que propicia la detección tardía de diferentes (Caballero, 2021).

El deterioro clínico de Álvaro en su camino al diagnóstico de cáncer de próstata evidencia disminución en la velocidad de retorno a la homeostasis. Desde su fragilidad se desprenden diferentes desenlaces que perpetúan la misma y se manifiestan en un incremento en el riesgo de depresión, internación hospitalaria, dependencia funcional y muerte a corto plazo.

3.2 ¿Por qué es importante?

El reconocimiento del edadismo como el conjunto de nociones deficitarias frente al envejecimiento es de relevancia en el ejercicio de la bioética, en tanto el mismo surge de la evolución de las concepciones sociales y personales frente al envejecimiento propio y colectivo, las cuales fluctúan acorde al entorno personal, social y demográfico afectando diferentes esferas del desarrollo personal y en concordancia la experiencia física, mental y emocional de vivir.

Con el aumento en la expectativa de vida y los progresos tecnológicos se abre un horizonte de incertidumbre para los pacientes y profesionales de la salud sobre la toma adecuada de decisiones en relación con el diagnóstico y tratamiento oportuno de las diferentes patologías en donde se encuentra implícita la bioética como disciplina pluridisciplinar y pluralista que intenta resolver las preguntas suscitadas por la inteligencia y desarrollo biomédico en entornos multiculturales (Hottois, 2007).

Andrews y Zaroff (2008) proponen en el capítulo denominado *Surgical Ethics* del libro *The Cambridge Textbook of Bioethics* algunas consideraciones de relevancia a la hora de optar por un procedimiento quirúrgico, como son la relación paciente- cirujano, desarrollo de la conversación preoperatoria, entendimiento y diligenciamiento del consentimiento informado y toma conjunta de decisiones como eje central del ejercicio médico-quirúrgico Andrews y Zaroff (como se citó en Dingwall, 2008).

La relación paciente- cirujano inicia desde la anamnesis del paciente hasta las consecuencias del acto quirúrgico. En el caso propuesto, la misma se encuentra permeada por una noción deficitaria del envejecimiento que relaciona la edad biológica de manera directa al desarrollo de discapacidad, llegando a abolir las concepciones y dudas del paciente sobre su tratamiento,



mediando la toma de decisiones conjunta con familiares, quienes, a su vez, desconocen las preferencias del paciente lo cual compromete de manera trascendental los resultados del tratamiento y la percepción de la enfermedad.

Mc Cullough propone diferentes consideraciones que facilitan la conversación perioperatoria y toma de decisiones. En primera instancia, el cirujano debe identificar los hechos relevantes en la enfermedad del paciente, el tratamiento adecuado, así como los aspectos que dentro de él son importantes, evitando terminología que sea confusa para el paciente y su familia. Posteriormente, debe contemplar su responsabilidad con el paciente, riesgos y beneficios de cada opción terapéutica, derechos del paciente y las consideraciones frente a la distribución de recursos Mc Cullough(como se citó en Dingwall, 2008).

Seguidamente, deberá analizar el grado de participación del paciente en el proceso de toma de decisiones y con base a ello, su competencia para la toma de las mismas, solicitando el acompañamiento de un familiar cuando considere pueda ayudar al paciente a la toma de sus propias decisiones Mc Cullough (como se citó en Dingwall, 2008).

Si bien se estima el 78% de los pacientes desean ser informados de su diagnóstico en caso de padecimiento propio o de sus familiares de enfermedad maligna, es posible evidenciar un cerco del silencio en torno al paciente por parte del profesional médico y sus familiares, el cual limita el conocimiento del mismo de la enfermedad, alternativas de tratamiento y lo excluye en la toma de decisiones generando confusión, deterioro de la relación médico- paciente y propiciando manifestaciones afectivas patológicas que afecten el proceso de duelo frente a la enfermedad y sus consecuencias (Caballero, 2021).

Desde el ejercicio de la política. Es posible una reducción en las prácticas edadistas mediante cuatro teorías. La primera de ellas, la teoría de la disuasión, la cual busca prohibir determinadas conductas con sanciones sistemáticas, como ocurre con las manifestaciones edadistas en contrataciones laborales. Seguidamente, la política puede exaltar el carácter inadmisibles del edadismo en la sociedad, lo que influiría en las actitudes públicas y privadas de las personas en relación a los adultos mayores, facilitando la convivencia entre grupos etarios (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En la actualidad se reconocen diferentes legislaciones que permiten evadir las prácticas edadistas en personas mayores, como son el documento emitido por la Convención



Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores y la Protección Africana sobre los Derechos de las Personas Mayores las cuales visibilizan la experiencia del envejecimiento en diferentes pacientes y proponen políticas para la protección de sus derechos.

En la actualidad se reconoce la campaña Take a Stand Against Ageism liderada por HelpAge International en el marco del día internacional de la persona mayor la cual ha permitido entablar conversaciones en diferentes países frente a actitudes edadistas. Por el momento, de acuerdo a Informe Mundial Sobre Edadismo, no ha sido evaluada la eficacia de esta y otras campañas para prevenir el edadismo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

3.3 ¿Cómo se puede proceder en la práctica?

Se propone entonces un curso de acción posible con base al caso clínico planteado en relación con el actuar de la familia, los profesionales de la salud y el paciente. Desde su entorno familiar es necesario reconocer las capacidades y necesidades de Álvaro y su esposa con el fin de adaptar su entorno para obtener una reducción en el riesgo de caídas desde un enfoque preventivo y no incapacitante. A su vez, la esposa puede acompañar a Álvaro a la consulta y hacer parte de la toma de decisiones en conjunto con el profesional de la salud.

Con base en la atención por el personal de enfermería, es relevante omitir afirmaciones que denotan desconocimiento frente a la patología del paciente y generen dudas frente al tratamiento médico. Así mismo, es importante brindar las aclaraciones pertinentes en relación a conductas que mitiguen el riesgo de caída o lesiones dérmicas, pues las mismas se basan en conductas preventivas y no estereotipadas.

De la atención por parte del profesional médico se desprenden diferentes consideraciones. En primera instancia, la valoración médica inicial debe incluir una adecuada anamnesis en relación a los síntomas de Álvaro y a su vez la realización de un examen físico completo explicando las conductas a realizar durante el mismo, promoviendo la privacidad y confidencialidad de sus hallazgos dirigiendo sus comentarios al paciente y evitando palabras confusas.

Es posible utilizar la herramienta Ask-Tell-Ask como una aproximación al deseo de Álvaro de acceder al cribado para cáncer de próstata previo a la solicitud de estudios de extensión, explicando la finalidad de los mismos. Seguidamente, al obtener los resultados es



importante comentar su interpretación, evitando tecnicismos que dificulten el entendimiento de la información por parte del paciente, se debe verificar que el paciente y quienes deseen sean partícipes de la consulta médica entiendan a cabalidad el diagnóstico y las implicaciones del mismo, solo hasta entonces será posible profundizar sobre las alternativas terapéuticas, así como sus beneficios y riesgos.

Al considerar la realización de un procedimiento quirúrgico como alternativa terapéutica se deben exponer con claridad sus riesgos, beneficios, así como expectativas del paciente. Puntualmente, para la elección de prostatectomía radical es posible utilizar la herramienta G8 *Geriatric Screening Tool* para caracterizar el estado de salud del paciente. En concordancia, Álvaro puede tener un puntaje de 11, lo que sugiere la solicitud de valoración geriátrica integral con el fin de prevenir desenlaces adversos posteriores a la cirugía, aun cuando su deterioro es propio de la patología.

Finalmente, se debe ofrecer un espacio para la resolución de dudas, recordar la posibilidad del paciente de acceder a un segundo concepto frente a su enfermedad y generar un plan de acción que permita acompañar al paciente en el inicio de su tratamiento.

Conclusiones

Es importante reconocer los desafíos que involucran los cambios en la tasa de natalidad y mortalidad. Con el tiempo, la expectativa de vida aumenta y con ella una innumerable cantidad de desafíos y posibilidades para el ser humano y sus relaciones interpersonales a la luz de los avances tecnológicos que ha propiciado.

El ser partícipe de la atención médica de quien ha afrontado con éxito el paso de las décadas implica propender por su cuidado integral, atender a los desafíos propios de la senectud y ofrecer las herramientas para lograr una mejor calidad de vida centrado en la persona y no en su edad biológica.

El reconocer el edadismo como una noción discriminatoria que permea los diferentes ámbitos de las relaciones interpersonales, y del cual se derivan múltiples manifestaciones socialmente permisibles, permitirá un acercamiento al cuestionamiento frente a si las condiciones actuales en lo que respecta a las políticas públicas, legislaciones de retiro y



reintegro laboral, programas de atención en salud ambulatoria y en estancias hospitalarias favorecen un envejecimiento saludable y atención oportuna e integral a diferentes patologías.

Gracias al análisis del caso es posible evidenciar la importancia de la empatía frente a la vulnerabilidad con la cual la población masculina accede a valoración urológica, la cual en ocasiones es tardía gracias a diferentes prejuicios y falencias en la atención en salud con fines preventivos.

Es importante reconocer que la divergencia en conceptos propuestos por asociaciones y guías de práctica clínica puede generar confusiones en la toma de decisiones por parte de los profesionales médicos, lo cual se traduce en un formalismo teórico con múltiples matices en su ejercicio práctico.

La urología, al ser la tercera especialidad en atención al adulto mayor cuenta con una gran responsabilidad, pues bien destaca por su trayectoria en avances tecnológicos en el tratamiento de las diferentes patologías, posee un gran camino por recorrer en su relación con la bioética como herramienta pluralista y acogedora de diferentes debates en donde su resolución permitirá ofrecer la mejor calidad de atención al paciente.

Referencias

- African, A., & Kilner, J. F. (1984). Who Shall Be Saved? In *Source: The Hastings Center Report* (Vol. 14, Issue 3).
<http://www.jstor.org>URL:<http://www.jstor.org/stable/3561183>http://www.jstor.org/stable/3561183?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents
- Bidadanure, J. (2016). Making sense of age-group justice: A time for relational equality? *Politics, Philosophy and Economics*, 15(3), 234–260. <https://doi.org/10.1177/1470594X16650542>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243–246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243



- Caballero, I. (2021). Aspectos éticos en el manejo del paciente con cáncer de próstata. *Revista Cubana de Urología*, 10(3). https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- Cho, S. T., & Na, H. R. (2022). Urology and Geriatrics in Korea: Present Status and Future Directions. In *International Neurourology Journal* (Vol. 26, Issue 1, pp. 20–25). Korean Continence Society. <https://doi.org/10.5213/inj.2142046.023>
- Cornejo-Dávila, V., Mayorga-Gómez, E., Palmeros-Rodríguez, M. A., Uberetagoiyena-Tello de Meneses, I., Garza-Sáinz, G., Osornio-Sánchez, V., Trujillo-Ortiz, L., Sedano-Basilio, E. J., Preciado-Estrella, D. A., Herrera-Muñoz, J. A., Gómez-Sánchez, J., Martínez-Arroyo, C., Cantellano-Orozco, M., Morales-Montor, G., & Pacheco-Gahbler, C. (2015). Validación de las tablas de Partin para cáncer de próstata en población mexicana. *Revista Mexicana de Urología*, 75(3), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.uromx.2015.03.004>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). Adulto mayor en Colombia. *Información Para Todos*, 29. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- Dingwall, R. (2008). *The Cambridge Textbook of Bioethics* (P. Singer, Ed.).
- Enns, J. P., Pollack, C. E., Boyd, C. M., Massare, J., & Schoenborn, N. L. (2022). Discontinuing Cancer Screening for Older Adults: a Comparison of Clinician Decision-Making for Breast, Colorectal, and Prostate Cancer Screenings. *Journal of General Internal Medicine*, 37(5), 1122–1128. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07121-9>
- Fleshner, N. (2009). Is there ageism in prostate cancer detection? *Canadian Urological Association*, 3(3).



- Guzzo, T. J., & Drach, G. W. (2011). Major urologic problems in geriatrics: Assessment and management. In *Medical Clinics of North America* (Vol. 95, Issue 1, pp. 253–264).
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2010.08.026>
- Hottois, G. (2007). *¿Qué es la bioética?*
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. In *J Am Geriatr Soc* (Vol. 55, Issue 5).
- Jecker, N. S. (2020). Ageism. *ELS*, 1–7. <https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0028976>
- Lee, C. D., Bradfield, O., Mello, M. M., & Beach, M. C. (2023). Discharging Patients against Medical Advice. *New England Journal of Medicine*, 388(13), 1230–1232.
<https://doi.org/10.1056/NEJMc1de2210118>
- Levy, B. R. (2022). The Role of Structural Ageism in Age Beliefs and Health of Older Persons. In *JAMA Network Open* (Vol. 5, Issue 2). American Medical Association.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.47802>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist*, 60(1), 174–181.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Mandel, P., Chandrasekar, T., Chun, F. K., Huland, H., & Tilki, D. (2019). Radical prostatectomy in patients aged 75 years or older: Review of the literature. In *Asian Journal of Andrology* (Vol. 21, Issue 1, pp. 32–36). Wolters Kluwer Medknow Publications.
https://doi.org/10.4103/aja.aja_43_17



- Maxwell, C. A., Patel, M. B., Suarez-Rodriguez, L. C., & Miller, R. S. (2019). Frailty and Prognostication in Geriatric Surgery and Trauma. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 13–26. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.002>
- Mertens, L. S., van Leeuwen, P. J., & van der Poel, H. G. (2022). Abandon the Label of Clinically Insignificant Prostate Cancer. In *European Urology Open Science* (Vol. 37, pp. 36–37). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.euros.2021.12.012>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez*.
- Mistry, S., Mayer, W., Khavari, R., Ayala, G., & Miles, B. (2009). *Who's too old to screen? Prostate cancer in elderly men* (Vol. 3, Issue 3).
- Monroy, G., Carolina Bohórquez Quintero, D., Moreno Ormanza, D., Miguel, J., & Herrera, S. (2022). *Urological Interconsultations to a Clinical Ethics Service in a Level-IV Hospital*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755470>
- Moses, K. A., Sprenkle, P. C., Bahler, C., Box, G., Carlsson, S. V., Catalona, W. J., Dahl, D. M., Dall'Era, M., Davis, J. W., Drake, B. F., Epstein, J. I., Etzioni, R. B., Farrington, T. A., Garraway, I. P., Jarrard, D., Kauffman, E., Kaye, D., Kibel, A. S., LaGrange, C. A., ... Freedman-Cass, D. A. (2023). NCCN Guidelines® Insights: Prostate Cancer Early Detection, Version 1.2023. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(3), 236–246. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0014>
- Mottet, N. (2022). EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines on prostate cancer. *European Association of Urology*.



National Comprehensive Cancer Network. (2022). *Prostate Cancer (Version 1.2023)*.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf

Ley 2055 de 2020, Departamento Administrativo de la Función Pública 1 (2020).

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Olajide, O. A., Olorunfemi, O. O., Oyeronke, T. W.-A., Shola, C. A., & Segun, O. A. (2016).

Quality of life and prevalence of depressive symptoms among patients on prolonged indwelling urinary catheters: A study from South west, Nigeria. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 8(10), 96–104. <https://doi.org/10.5897/ijmms2016.1241>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. In *Rev Esp Geriatr Gerontol* (Vol. 37, Issue S2). <http://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global Report of Ageism*.

Pereira, J. F., Golijanin, D., Pareek, G., Guo, R., Zhang, Z., Renzulli, J., & Gershman, M.D., B.

(2018). The association of age with perioperative morbidity and mortality among men undergoing radical prostatectomy. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 36(4), 157.e7-157.e13. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.11.019>

Pinsky, P. F., & Parnes, H. (2023). Screening for Prostate Cancer. *New England Journal of*

Medicine, 388(15), 1405–1414. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2209151>

Powell, J. L. (2019). *Contemporary Perspectives on Aging* (Vol. 19).

<http://www.springer.com/series/8818>

Rockwood, K. (2005). Frailty and its definition: A worthy challenge. In *Journal of the American*

Geriatrics Society (Vol. 53, Issue 6, pp. 1069–1070). <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53312.x>



- Ruiz-Aragón, J., & Márquez-Peláez, S. (2010). Evaluación del test PCA3 para el diagnóstico de cáncer de próstata: Revisión sistemática y metanálisis. *Actas Urológicas Españolas*, 34(4), 346–355. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2010.02.019>
- Schroyen, S., Adam, S., & Jerusalem, G. (2015). *Ageism and its clinical impact in oncogeriatry: state of knowledge and therapeutic leads*. 117–125.
- Schroyen, S., Adam, S., Jerusalem, G., & Missotten, P. (2014). Ageism and its clinical impact in oncogeriatry: State of knowledge and therapeutic leads. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 117–125. <https://doi.org/10.2147/CIA.S70942>
- Shumway, D. A., & Hamstra, D. A. (2015). Ageism in the undertreatment of high-risk prostate cancer: How long will clinical practice patterns resist the weight of evidence? In *Journal of Clinical Oncology* (Vol. 33, Issue 7, pp. 676–678). American Society of Clinical Oncology. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.4093>
- Strom, P. (2018). The Stockholm-3 Model for Prostate Cancer Detection_ Algorithm Update, Biomarker Contribution, and Reflex Test Potential _ Elsevier Enhanced Reader. *European Urology*, 74, 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.028>
- Suskind, A. M., Vaittinen, T., Gibson, W., Hajebrahimi, S., Ostaszkiwicz, J., Davis, N., Dickinson, T., Spencer, M., & Wagg, A. (2022). International Continence Society white paper on ethical considerations in older adults with urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 41(1), 14–30. <https://doi.org/10.1002/NAU.24795>
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>



- Tsuchiya, A. (2000). Qalys and ageism: Philosophical theories and age weighting. *Health Economics*, 9(1), 57–68. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(200001\)9:1<57::AID-HEC484>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(200001)9:1<57::AID-HEC484>3.0.CO;2-N)
- Vickers, A. J., Edwards, K., Cooperberg, M. R., & Mushlin, A. I. (2014, September 16). A simple schema for informed decision making about prostate cancer screening. *Annals of Internal Medicine*, 161(6), 441–442. <https://doi.org/10.7326/M14-0151>
- Wein, A., Kavoussi, L., Novick, A., & Partin, A. (2016). *Campbell Walsh Urology* (11th ed.).
- Wilt, T. J., Brawer, M. K., Jones, K. M., Barry, M. J., Aronson, W. J., Fox, S., Gingrich, J. R., Wei, J. T., Gilhooly, P., Grob, B. M., Nsouli, I., Iyer, P., Cartagena, R., Snider, G., Roehrborn, C., Sharifi, R., Blank, W., Pandya, P., Andriole, G. L., ... Wheeler, T. (2012). Radical Prostatectomy versus Observation for Localized Prostate Cancer. *New England Journal of Medicine*, 367(3), 203–213. <https://doi.org/10.1056/nejmoa111>