

# Dilemas éticos ante la cirugía en población anciana. Debate sobre la toma de decisiones

Ana Castillo Ayala y M<sup>a</sup> Alicia Zamora Calvo

Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos.  
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid  
[acay1@hotmail.com](mailto:acay1@hotmail.com)

## Ethical Dilemmas in the Elderly Population surgery. Debate on Decision Making

ISSN 1989-7022

**RESUMEN:** Los conflictos éticos relacionados con la salud crean inquietud en numerosos profesionales dedicados a la atención socio-sanitaria. El progresivo envejecimiento de la población mundial vinculado a diversos factores, entre los que se encuentran los avances biomédicos, han trastocado el proceso natural de muerte. La aparición de enfermedades durante la senectud, algunas de ellas incapacitantes o difícilmente superables, supone que son los profesionales que atienden a estos pacientes quienes, en ocasiones, deben tomar decisiones extremas tales como quién vive y quién muere. Por ello, es fundamental comprender que el buen hacer de un profesional consiste en mejorar todos los procesos en los que se pueda actuar y ayudar a los pacientes, sin centrarse en la vida como fin único. Los principios bioéticos suponen un punto fundamental que no pueden desvincularse de la toma de decisiones.

**ABSTRACT:** Health-related ethical conflicts create concern for many professionals dedicated to socio-health care. The progressive increase in world's population age linked to other factors, as biomedical advances, has overturned the natural process of death. The emergence during senescence of disabling diseases or other pathologies difficult to overcome implies that professional caregivers have to take extreme decisions such as who lives or who die. So, it is essential to understand that good professional works to improve every process in which the patient is involved along his disease, ensuring his comfort and welfare without focusing on life as sole purpose. Bioethical principles must not be detached from decision-making.

**PALABRAS CLAVE:** Principios bioéticos, envejecimiento, profesiones sanitarias, igualdad

**KEYWORDS:** Bioethics principles, ageing, health professional, equality

El envejecimiento es un proceso de la vida de la persona de creciente importancia y que presenta un gran interés en la reflexión de los profesionales sanitarios. Cada vez se es más consciente del progresivo aumento de la esperanza de vida. En España, las estadísticas muestran que entre 1994 y 2016 estas cifras han pasado de 74,4 a 80,4 años en los hombres y de 81,6 a 85,9 años en las mujeres. Todas las sociedades desarrolladas son cada vez más conscientes de que los octogenarios son un grupo emergente y que la aparición de centenarios, semicentenarios ( $\geq 105$  años) y supercentenarios ( $\geq 110$  años) será cada vez más habitual en el próximo futuro.

La realidad es que bien por la genética y la epigenética, bien por la herencia y los factores ambientales, sea una u otra causa o las denominaciones que se den, el ser humano sufre un claro proceso de declive irreversible que concluye con la muerte. Y en este camino hacia el límite de la vida se produce un progresivo deterioro que se manifiesta en la aparición de enfermedades que van recortando paulatinamente el ritmo vital.

Zamora calvo, María Alicia; Castillo Ayala, Ana: "Dilemas éticos ante la cirugía en población anciana. Debate sobre la toma de decisiones", en Delgado Rodríguez, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. ILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, nº 26, 79-86



Received: 15/10/2017  
Accepted: 19/11/2017

El envejecimiento más o menos acelerado y las consecuencias que tiene en cada individuo obligan a adaptarse constantemente para poder tener una supervivencia suficiente y con la mejor calidad de vida. De hecho, la *esperanza de vida* se ha transformado en uno de los principales indicadores sobre las condiciones de salud y el nivel de desarrollo de un país. Pero el interés que despierta el envejecimiento puede que radique en que no es sólo que el individuo quiera vivir más, es que desea vivir mejor. Cualquiera aspira a tener en la fase de senectud una vida independiente, sin dolor constante, sin tener que tomar 20 pastillas al día para 'poder funcionar',... Por ello, la salud se ha convertido en un eje fundamental en las sociedades actuales. Pero los avances en los cuidados de salud -tanto desde el aspecto de progreso en tecnologías como en el campo farmacológico y el aumento de la dispensación sanitaria- han provocado serios cambios en el proceso de muerte natural y en el concepto de calidad de vida. Una de las consecuencias más preocupante que ha derivado de dicho proceso de muerte es la creencia de que podemos fabricar más tiempo y mejor calidad de vida de manera indefinida. Todo ello ha obligado a los profesionales de la salud a entrar en un gran debate para comprender que la labor profesional sanitaria tiene sus límites, que los pacientes fallecen irremediamente en ocasiones, a pesar de todos los esfuerzos, y que la muerte no es un fracaso sino el límite de una vida finita. El profesional ha de entender que no se puede erigir en salvador de todos, sino que su función consiste en mejorar todos los procesos en los que se pueda actuar y ayudar a los pacientes del envejecimiento en ese proceso de adaptación al cambio. La sociedad debe avanzar para no mantener una lucha titánica por la vida como principio directriz a costa de cualquier cosa.

Es más, todavía no está claro que podamos romper esa 'barrera temporal' y tener una sobrevivencia indefinida por medio de la tecnología. Porque hay diferencia entre hablar de esperanza de vida -tiempo promedio en que se espera que una persona viva- y esperanza de vida máxima -edad máxima alcanzada por un miembro de una especie en particular-. Hay genetistas, gerontólogos y otros especialistas que siguen debatiendo sobre si estamos programados para morir, así que puede que lo mejor sea empezar a debatir cómo podemos vivir mejor. Sea como fuere, la realidad actual es que por el momento morimos, unos más viejos y otros menos, y por ello las decisiones que los profesionales de la salud deben tomar tienen que estar orientadas hacia esta realidad y no pensado en un futuro que aún se plantea un tanto lejano. Dado que todos somos o seremos pacientes en fase de envejecimiento algún día, familiares de pacientes en tal situación o bien profesionales de la salud, es necesario abrir un debate desde un punto de vista ético sobre las decisiones que se toman, sobre todo en estados críticos.

## 1. El dilema del médico ante la muerte del paciente

Bien porque el paciente no haya dejado claras sus intenciones, bien porque la familia se encuentra incapacitada para tomar decisiones en situaciones difíciles, en el medio hospitalario es el médico, en definitivas cuentas, el profesional que puede encontrarse en ocasiones ante el dilema de continuar la vida, por débil y frágil que sea, o el dejar morir a un paciente. La realidad que nos aporta la experiencia sanitaria es que no es tan fácil decidir que otro muera, aunque lo parezca.

Para deliberar sobre este problema presentamos un caso clínico real como punto de apoyo para que el lector pueda analizarlo desde las reflexiones y propuestas de este trabajo. Este caso clínico fue presentado en el I Congreso Internacional de Bioética: vulnerabilidad, justicia y salud. Nuestra preocupación es si los profesionales de la salud estamos tomando las mejores decisiones no sólo para el paciente, sino para toda la sociedad, porque todos tenemos claro que el progreso se produce a través de las aportaciones que se reciben, de la experiencia y de la enriquecedora discusión que generan.

El caso del que hablamos es, a grandes líneas, como sigue:

Mujer. 102 años. 40Kg peso (IMC: 16,65). Soltera. Sin familiares. Enfermedades concomitantes: HTA, Diabetes Mellitus tipo II, dislipemia, eventración gigante (desde 2000) no intervenida, síndrome de inmovilidad<sup>1</sup> desde 2004, deterioro cognitivo avanzado desde 2008 (GDS 7<sup>2</sup>) con SPCD<sup>3</sup>, incontinencia urinaria. Disfagia a líquidos, dependiente para todas las actividades de la vida diaria, institucionalizada desde 2007. Es traída a Urgencias por el personal de la institución donde se encuentra, ante dolor e impotencia funcional del miembro inferior derecho. Se detecta una fractura basicervical de fémur y traumatismo craneo-encefálico con herida inciso-contusa. Durante el ingreso presenta: anemización (caída de 3 puntos en la hemoglobina), hipotensión arterial, fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Katz G<sup>4</sup>, Barthel<sup>5</sup> 0/100, Lawton<sup>6</sup> 0/8, MNA<sup>7</sup> 9/30. ASA<sup>8</sup> III. Se implanta clavo endomedular e ingresa en una unidad de reanimación. Presenta evolución tórpida con fracaso renal y anasarca, lo que da lugar a exitus tras cinco días.

Diversas preguntas suscita el presente caso: ¿Existe evidencia fundamentada de superación del cuadro clínico con la técnica empleada? ¿La paciente presentaba posibilidad de recuperación funcional? ¿Se esperaba una mejora significativa en la calidad de vida de la paciente? ¿Se debería haber operado a la paciente? La decisión final ¿debe ser responsabilidad de un único profesional o de un equipo? ¿El tratamiento fue desproporcionado? ... Estas cuestiones dan lugar a la aparición de valores que pueden entrar en conflicto: el sufrimiento, la vida como fin primordial, el profesionalismo, la justicia distributiva, la no maleficencia,...

Los cuatro principios enunciados en 1979 en el Informe Belmont supusieron un antes y un después en la práctica médica. Desarrollados posteriormente por Beauchamp y Childress,

han suscitado un gran debate por su excesiva generalidad, principalmente a partir de la década de los 90. Pero debemos ser prudentes y no por ello deben ser apartados puesto que constituyen una referencia obligada y siguen siendo el punto de partida en la reflexión y deliberación previas a una toma de decisiones adecuada a la situación. Los principios de autonomía, no maledicencia, beneficencia y justicia son fundamentales, pero nunca un principio puede llevarse a su aplicación concreta de manera directa y simple pues todo principio, como aserto abstracto y general, ha de llevarse y aplicarse 'en situación'.

El principio de autonomía presente en nuestra legislación en la Ley de Autonomía del Paciente, releva al profesional de tomar decisiones en sus actuaciones médicas comprometidas ya que la vulnerabilidad de un paciente por verse afectado de enfermedad no le priva de su autonomía personal y de su obligación de gestionar personalmente su vida. De ahí que el médico, tras informar debida y adecuadamente al paciente, ha de pedirle lo que la ley señala como 'consentimiento informado'. Y el paciente, como protagonista de su vida y de su salud, si no da su consentimiento a la propuesta de actuación médica, imposibilita la puesta en práctica de dicha acción médica sobre su cuerpo por más que el médico considere que es una acción racional y adecuada al caso. Y cuando el paciente se encuentra con sus capacidades mermadas, la familia es el segundo pilar en la toma de decisiones. Así lo afirma la Ley de Autonomía del Paciente en su artículo 5,3: "cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho".

En el caso que presentamos, al tener la paciente un deterioro cognitivo avanzado y no tener familiares, no existe la obligación de respeto al principio de autonomía del paciente, y la decisión depende únicamente del profesional que asiste al paciente, y por ello esta situación permite analizar de manera directa la actuación del profesional sin que en el campo de decisión se encuentren diversas voluntades e intereses y sin las presiones que en ocasiones generan los familiares; y permite centrarnos en aquellos principios básicos que buscan no provocar daño, maximizar los posibles beneficios y minimizar las consecuencias negativas. Porque a un profesional no le ha de bastar cumplir con la ética de las intenciones (la intención de la actuación médica tiende a mejorar su salud) sino también la ética de la responsabilidad que se fija y prevé los resultados y las consecuencias de las actuaciones. Y es aquí donde comienzan los conflictos. En primer lugar la ley marca que en última instancia debe ser el médico quien tome la última decisión si no existe a quién recurrir. La responsabilidad de la decisión puede llevar al profesional médico a un conflicto personal. Porque decidir si una persona muere es harto difícil y existe una gran dificultad psicológica en dejar de ha-

cer. Pero como dice Broggi, “así, cuando la inutilidad de una medida es lo bastante clara, no tan solo está permitida dejar de aplicarla, sino que sencillamente no debe ni proponerse, ni iniciarse, ni continuarse. Aquello que es fútil no está indicado y por lo tanto es, en principio, nocivo (aparte del despilfarro que supone). La buena práctica consiste entonces en saber parar” (Broggi, 2013, p.257). Pero por otra parte, desde una ética de la responsabilidad, la decisión del médico que asiste al paciente y que tiene la última palabra de la decisión, debería tener en cuenta no solamente los resultados y consecuencias que la literatura médica aporta y los datos que le ha dado su experiencia médica, sino también la experiencia del equipo que va a realizar los cuidados que se precisará dispensar tras su actuación.

La fractura de cadera es una lesión cuya morbi-mortalidad supone un reto para los sistemas de salud por su frecuencia y alto coste. España tiene una media de unos 40.000 casos/año, falleciendo unos 10.000 pacientes/año. Además, es una patología muy vinculada con la edad, apareciendo en gente joven, por lo general, solo ante importantes traumatismos. La alta frecuencia de dicha patología en las personas de avanzada edad y, por otra parte, su alto coste a veces provoca reacciones que pueden resumirse en la frase: “¿y usted qué espera con esos años? Una reacción de este estilo puede entrañar una postura sanitaria que justificase la no intervención de la mayoría de los pacientes que están ingresados en un hospital, y que, entonces sólo los jóvenes tuvieran legítimo derecho a los tratamientos. Por lo tanto, hay que convenir que no existe una edad límite para una actuación quirúrgica, sino unas condiciones relacionadas con la edad.

## 2. Tres facetas de la responsabilidad

Como no existe una moral vivida en solitario, puesto que el sujeto ético no es un individuo cual Robinsón en una isla, y la conciencia ética tiene a la par una dimensión personal y dimensión social, necesariamente toda acción conlleva una connotación de responsabilidad. El autor de tal acción debe dar respuesta ante una interpelación, un dar cuenta y razón ante el otro, ante los demás. Es más, aunque no nos vayamos a detener en estos puntos, tengamos presente en la reflexión crítica sobre el caso que moralidad y responsabilidad van de la mano, que la responsabilidad puede ser tanto del hacer una actuación como del no hacerla. Y también que se es responsable ante la ley antes y después de la actuación.

Responder tanto antes de una actuación a las expectativas y exigencias de una situación dada como responder ante una interpelación de una actuación cumplida, supone una triple responsabilidad del sujeto autor de tal actuación:

1. consigo mismo como profesional,
2. con el enfermo que solicita la ayuda sanitaria, y
3. con la sociedad en que vivimos y que a su vez es responsable de un servicio de sanidad público.

Se trata de tres instancias que cada una desde su propio interés nos interpela y, si el sujeto respeta su adultez profesional médica, está obligado a dar cuenta a los tres cuestionamientos de responsabilidad. El tener en cuenta la dimensión de responsabilidad tiene -entre otros motivos- una razón y finalidad que es el ejercicio de la deliberación prudente antes de la toma de decisiones.

El médico, cuando informa al paciente, tiene ya su diagnóstico y su pronóstico. En el caso de la enferma de 102 años conoce la historia clínica hasta el momento, ha recogido datos de las personas del entorno de la enferma, del reconocimiento médico y de las pruebas a las que le ha sometido. Así conoce con suficiente detalle la situación clínica de la paciente y conoce si está en condiciones o no para soportar el esfuerzo del organismo ante la intervención quirúrgica que propone y las probables consecuencias y riesgos de tal actuación en una persona en situación precaria. En este escenario el médico, como profesional competente y experimentado, pondrá en juego su sensibilidad ética en la toma de decisión en tal situación.

Por otra parte, en segundo lugar el médico ha de responsabilizarse ante el enfermo porque su actuación no es el ejercicio técnico sobre un objeto, sino que existe una relación intersubjetiva de enfermo y médico que ha surgido de la solicitud implícita o explícita de ayuda del enfermo.

Por último, en la sociedad se exige una racionalidad crítica cuando se trata de la justicia distributiva de bienes escasos y costosos: se exige una fuerte necesidad y que los medios que se pongan tengan una utilidad segura y verdadera. En un proceso de beneficencia médica tiene que preverse una efectividad para que el altruismo tenga un beneficio rentable. De igual modo, tratándose de las prestaciones sanitarias en general, se comprende que del derecho al cuidado de la salud proclamado por las constituciones no se deriva, sin más, el tener derecho a recibir todas las atenciones que el progreso sanitario y tecnológico tenga en sus manos la sanidad pública y que constantemente va *in crescendo*. El principio abstracto del derecho a la salud tendrá que aplicarse a la situación de sostenibilidad pues, de lo contrario, tal principio llegaría un momento en que no podría aplicarse por falta o por escasos recursos económicos, o que parte de la población quedase sin cobertura sanitaria equitativa. Por esta razón hay que abordar la perspectiva tercera de la responsabilidad de la actuación sanitaria en el sector público: la sostenibilidad humano-económica de los servicios públicos de atención sanitaria.

Puesto que en el estudio del caso analizado todo gira en torno a una mujer de 102 años con rotura de cadera y que necesita una intervención quirúrgica, valga recordar que en el Reino Unido el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha diseñado unos métodos para poder recomendar al National Health Service (Seguridad Social británica) los medicamentos y tratamientos que dicho Servicio debe prestar a los pacientes residentes en el país para que les aporten un beneficio a su bienestar. En Reino Unido las autoridades no tienen inconveniente en decidir las prestaciones –lo cual supone que hay prestaciones que se deniegan- que tienen valor y han de realizarse según diversas variantes de la situación. Todo depende de la unidad de valor que es ganar, como se dice en el sistema, ‘un año de vida ajustado por calidad (AVAC)’ que en inglés se denomina QALY (quality-adjusted life-year); es decir, ‘un año de vida en perfecta salud’. La OMS ha desarrollado un concepto parecido y también tiene sus métodos de evaluación. No es cuestión de entrar en detalles y exponer los diversos métodos y sistemas de evaluación de la discapacidad que no permita llegar al año de vida en plena salud. El profesor Peter Singer lo expone con suficiente claridad en ‘Vivir éticamente’ y aporta bibliografía para profundizar en el tema. Nos bastará conocer la existencia de evaluaciones para determinar prácticamente la sostenibilidad de los servicios de salud dentro de la economía de la salud pública.

### 3. Relación de vida y salud del enfermo y el profesionalismo

De acuerdo con la OMC, la profesión médica supone la dedicación de conocimientos, habilidades y el buen juicio para promover y restablecer la salud de los ciudadanos. Y el ejercicio de la profesión exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico, “exigencia que se sustenta entre otros principios por los de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia”. Como se ve, el ejercicio correcto profesional no hay que enfocarlo solamente desde la perspectiva técnico-científica sino también y muy especialmente desde la perspectiva ética.

---

### Bibliografía

- Beauchamp Tom L., Childress James F. (1999): *Principios de ética biomédica*. Barcelona, Masson.
- Broggi, Marc Antoni (2013): *Por una muerte apropiada*. Barcelona, Anagrama.
- Camps, Victoria (2005): *La voluntad de vivir*. Barcelona, Ariel.
- Camps, Victoria (noviembre 2007): La excelencia en las profesiones sanitarias.
- García González, J.M. (2014): ¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No. 148, pp. 39-60.

Gracia, Diego (1989): *Fundamentos de Bioética*. Madrid, Eudema.

Gracia, Diego (1991): *Procedimientos de decisión en Ética Clínica*. Madrid, Eudema.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado No. 274, España, 15 de noviembre de 2002.

National Institute for Health and Care Excellence (2013): *Guide to the methods of technology appraisal 2013 (PMG9)*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781>

Simón Lorda, Pablo y Barrio Cantalejo, Inés M (1995). Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Medicina Clínica*, Vol. 105, No. 15, pp. 583-97.

Singer, Peter (2017): *Vivir éticamente. Cómo el altruismo eficaz nos hace mejores personas*. Barcelona, Paidós.

Vijg, Jan y Kennedy, Brian K. (2016): The essence of aging. *Gerontology*, No. 62, pp. 381-385.

---

## Notas

1. Síndrome de inmovilidad: Es un problema caracterizado por una reducción o limitación marcada en la capacidad para realizar actividades debido a una progresiva debilidad muscular que, en casos extremos, puede conllevar un encamamiento permanente y/o mínimos cambios posturales.
2. Clasificación GDS (global deterioration scale): Escala que evalúa el nivel de deterioro cognitivo. 7 niveles. El GDS 7 corresponde al máximo nivel de deterioro cognitivo.
3. SPCD (Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia): Siglas para la traducción del término consensuado por la Asociación Internacional de Psicogeriatría en 1996: Behavioral and psychological symptoms of dementia, que hace alusión al conjunto de signos y síntomas que pueden aparecer en personas con demencia.
4. Índice de Katz: valora las actividades de la vida diaria a través de 8 ítems, con 8 niveles (A-G y H para los no clasificables como C-D-E o F), siendo el G el correspondiente a una persona dependiente en todas las funciones o incapacidad severa.
5. Índice de Barthel: Es una escala que mide la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, controlar esfínteres,...) a través de 10 ítems. Un resultado a <20 puntos indica una dependencia total de la persona evaluada.
6. Escala de Lawton y Brody: Mide la capacidad de una persona para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria (usar el dinero, coger transportes, cuidar la casa,...) a través de 8 ítems, donde a mayor puntuación es mayor el grado de independencia.
7. Escala de evaluación del estado Nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment): Se trata de un test con 18 ítems divididos en un test de cribaje y otro de evaluación. Si la puntuación total está entre 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición, si es menor de 17 puntos, existe malnutrición.
8. Clasificación ASA: Sistema de clasificación desarrollado por la Sociedad Americana de Anestesia para estimar el riesgo que presenta una persona que va a ser sometida a anestesia. Existen VI niveles, 5 para pacientes con potencial recuperación, y un VI que define pacientes en muerte cerebral en proceso de donación. La paciente actual presenta un ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave que limita la actividad diaria, pero no incapacitante.