

Reflexión ética ante una situación de conflicto en la cirugía del anciano

María Pilar Sevilla

Máster en Bioética y Humanización de la Asistencia. Servicio de Cirugía General. Hospital General Riotinto. Huelva. España.

Resumen

En la sociedad actual las dificultades propias en la cirugía del anciano, y a su vez los éxitos de la cirugía geriátrica, han establecido en los pacientes tres circunstancias: por un lado, indicación quirúrgica y buen pronóstico *a priori*; por otro, alto riesgo y contraindicación a la intervención, y por último, necesidad de tratamiento quirúrgico para la supervivencia, pero con resultados que pueden ser desalentadores.

En este tercer grupo surge la siguiente pregunta: ¿qué es lo éticamente aceptable?, a la que pueden darse dos posibles respuestas: ofrecer una intervención en situación límite o no intervenir al paciente y cuidarlo, ayudándole a morir bien.

Resolver este conflicto de forma ética es muy difícil, ya que no hay muchos estudios sobre qué actitud es la correcta ni, a veces, consenso entre profesionales. Se suele dar, además, en casos de cirugía de emergencia que obligan a una respuesta rápida, con una valoración precaria del enfermo, lo que dificulta el diálogo con el paciente y sus familiares.

En este artículo se lleva a cabo una reflexión sobre los datos generales que orientan al cirujano a una praxis quirúrgica basada en el análisis de los principios éticos, la diferencia con el concepto de eutanasia en los casos en que se decida no intervenir, y el fundamento de una evidencia clínica para la toma de decisiones.

Se concluye con la pretensión de establecer medidas para mejorar los resultados y la calidad de la asistencia en esta situación planteada.

Palabras clave: Bioética. Conflicto ético. Cirugía del anciano. Limitación del esfuerzo terapéutico. Tratamiento paliativo.

REFLECTION ON AN ETHICAL CONFLICT IN THE SURGERY OF THE ELDERLY

In modern society, the difficulties of surgery in the elderly and the success of geriatric surgery have given rise to three situations in elderly patients. On one hand, *a priori* surgical indication and favorable prognosis, on the other, high risk and contraindication to surgery and finally, surgery requirement for survival but with results that can be discouraging.

In this third group, the question arises of what is ethically acceptable. There are two possible answers: to offer surgery to critically-ill patients or to withhold surgical treatment and provide care with the aim of contributing to a good death.

Resolving this conflict ethically is sometimes very difficult because few studies have been published on which attitude might be the most acceptable and consensus among professionals is sometimes lacking. Moreover, emergency surgery is usually required, necessitating a rapid response without full evaluation of the patient. This in turn makes communication with patients and their families difficult.

The present article provides a reflection on the general evidence that guides surgeons on surgical practice, based on analysis of the ethical principles involved, the difference with the concept of euthanasia in cases in which treatment is withheld, and the clinical evidence that forms the basis for decision-making.

The article concludes by proposing measures to improve the results and the quality of health care in the situation discussed.

Key words: Bioethics. Ethical conflict. Surgery of the elderly. Limitation of medical intervention. Palliative care.

Introducción

En la actualidad, en los países desarrollados, la población envejece progresivamente debido al aumento de la expectativa de vida. Esto repercute en la práctica quirúrgica, dado que, aunque la edad no es una contraindicación para la cirugía, ésta, en el anciano, puede resultar compleja.

Correspondencia: Dra. M.P. Sevilla Molina.
Editor José Manuel Lara, 25, 6.º A. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: maria176@viautil.com

Aceptado para su publicación en abril de 2003.

El aumento de los éxitos alcanzados con la práctica quirúrgica también estimula cada vez más a dar soluciones a los pacientes geriátricos que así lo requieran. Sin embargo, hay circunstancias en que se plantea un conflicto ético que precisa una valoración nueva que establezca que lo técnicamente posible es éticamente aceptable.

Planteamiento del problema

Las dificultades de la cirugía del anciano, junto con el retraso diagnóstico por la clínica incompleta o atípica, derivan en complicaciones postoperatorias tempranas, frecuentes y mal toleradas.

Sin embargo, los éxitos de la cirugía geriátrica han aumentado de forma espectacular debido a una mejor preparación preoperatoria de los enfermos, los avances en anestesia-reaanimación, el perfeccionamiento y una mayor experiencia en las diversas opciones y técnicas quirúrgicas. A estos factores se añaden el mayor control de las complicaciones postoperatorias, los avances en nutrición artificial y el mejor conocimiento del medio interno y de la fluidoterapia.

La calidad de vida también es un concepto muy valorado y cada vez son más los pacientes que rechazan el tratamiento propuesto por el médico si conlleva un deterioro cognitivo o funcional importante¹.

Esto determina tres grupos de pacientes ancianos ante la indicación quirúrgica: con buen pronóstico *a priori*; sin posibilidades de supervivencia, y con resultados inciertos.

En este último grupo de pacientes surge la duda entre someter al paciente a un tratamiento intenso, con pocas posibilidades de éxito y tal vez innecesario, o establecer las medidas sintomáticas que le ayuden a morir dignamente. Se trata de establecer un balance previo de la calidad de vida objetiva, la agresividad de la intervención y los resultados previsibles posquirúrgicos, a corto y medio plazo, sin olvidar que en una situación clínica de máxima gravedad está justificado asumir un mayor riesgo.

Ante el planteamiento presentado, se analiza una serie de elementos influyentes:

1. Factores que avalan un tratamiento quirúrgico:

- Clara indicación quirúrgica y necesaria, donde la abstención quirúrgica implicaría inviabilidad.
- Situación clínica preoperatoria estable, en enfermos de una sola oportunidad, donde la demora de la intervención puede actuar en su contra.

2. Factores que apoyan las medidas conservadoras: mala calidad de vida, valorada por un índice de Katz bajo², y menor respuesta a la agresión quirúrgica.

De esta forma, los argumentos que apoyan una acción agresiva o su abstención pueden ser igual de válidos o igual de poco convincentes, por las pocas posibilidades de éxito y la ausencia de parámetros protocolizados.

Se trata, además, de cirugía de urgencia, donde la necesidad de dar una respuesta rápida puede favorecer una valoración precaria del enfermo.

Esto dificulta un diálogo realista con el paciente y su familia, a veces suficiente para tomar una decisión, donde estos últimos podrían exigir "lo mejor de acuerdo con mantener la vida del paciente a toda costa". Además, cabe añadir que se puede contribuir a un gasto impropio.

Es de resaltar que los médicos que valoran más la calidad de vida son los que prefieren imponerse unos límites en las intervenciones en casos de mal pronóstico, especialmente neurológico, en comparación con los que valoran la vida a cualquier precio³.

Discusión

La solución al conflicto ético formulado podría establecerse considerando los datos generales, los principios éticos, la diferencia con el concepto de eutanasia y la medicina basada en la evidencia.

Datos generales

Hay pocos datos que orienten al cirujano y al clínico sobre lo que es un interrogante profundamente personal del valor de la vida y la inutilidad del tratamiento, y podrían simplificarse en los ámbitos preoperatorio y postoperatorio.

En el ámbito preoperatorio: definir en qué consiste la fragilidad de un paciente anciano en la actualidad es difícil y se somete a revisión constante; implica, además, que muchas de las personas que tienen 85 años de edad vivirán más de 100 años⁴. Así, la enfermedad quirúrgica del anciano plantea un desafío global a clínicos y cirujanos, y se convierte en un problema de salud pública en aumento.

A esto se añade una cirugía de urgencia incapaz de establecer objetivos realistas con tiempo, las preferencias del enfermo con las posibilidades del apoyo vital que necesitará y la rehabilitación prolongada con una mayor pérdida de independencia.

La valoración y el riesgo anestésico, normalmente según la clasificación (ASA)⁵, suelen ser un concepto difícil de determinar, ya que las complicaciones resultan de la interacción de múltiples factores.

Cuando se pueda realizar una planificación anticipada de complicaciones con los datos del paciente al llegar al hospital, será útil para afrontar la morbilidad prolongada o la mortalidad aclarar los deseos y las esperanzas del sujeto, así como facultar al enfermo y sus familiares. Además, es muy importante la valoración del médico de cabecera.

En ocasiones, la influencia de lo mediático, especialmente la televisión, hace que se identifiquen las esperanzas del paciente y sus familiares con los dramas percibidos, lo que puede influir en las expectativas que tienen los ancianos respecto a su salud⁶.

En el ámbito postoperatorio: las enfermedades inherentes al proceso de envejecimiento inician las complicaciones postoperatorias, prolongando la estancia en el hospital. Así, una anestesia general por cirugía abdominal es un factor suficiente para que se desajuste un organismo limitado.

El concepto de la inutilidad del tratamiento debe reestructurarse de forma individualizada, según la gravedad de la enfermedad y la capacidad del paciente para soportar la intervención y el postoperatorio. Surge así una situación que puede clasificarse de fútil, entendiendo como tal cualquier esfuerzo para alcanzar un resultado que, aunque posible, la razón, la experiencia y la estadística sugieren que es "altamente improbable" y no puede conseguirse de forma sistemática⁶.

Por otro lado, los índices de gravedad no matizan las diferentes variables y tienen el valor de la subjetividad de todo juicio predictivo individual. Estudios en que se han comparado los sistemas de gravedad y las predicciones de médicos experimentados han encontrado que en ambos el pronóstico es similar⁶.

Las alteraciones funcionales después de la cirugía que empeoran el pronóstico deben enfocarse de forma precisa para evitar las peores consecuencias. Igualmente importantes pueden ser el estado cognitivo y los factores ambientales y de conducta. En este sentido son interesantes los estudios que intentan mejorar la supervivencia postoperatoria y planificar el alta del paciente: rehabilitación, educación familiar y servicios sociales.

Mackenzie et al⁷ expresan que los pacientes con más de 65 años de edad suponen el 12,5% de la población general, utilizan los servicios médicos de tres a siete veces más que los pacientes menores de esa edad y consumen el 25% de todos los gastos en salud pública. El mayor riesgo se da, sobre todo, en operaciones urgentes con más tiempo de recuperación y estancias hospitalarias más prolongadas. Así, es importante valorar los beneficios de estos pacientes, con los límites de la asistencia y el uso prudente de los recursos.

Principios éticos

Ante todas estas circunstancias, se propone un análisis ético definido por los *Principios prima facie*, como ayuda a la buena praxis quirúrgica, buscando una ética de mínimo:

1. *Principio de no maleficencia*: ligado al Juramento Hipocrático, persigue mediante "no dañar" una valoración honesta tanto de la cirugía que puede ser útil como de su abstención. Se trata, en última instancia, de procurar no hacer más mal que bien, lo que en la problemática tratada es difícil de establecer, puesto que, ante una situación límite con escasas posibilidades de éxito, la actitud tomada puede no ser siempre la más conveniente.

Interpretado por Gracia⁸, debe tener las siguientes premisas:

- Evitar la iatrogenia, por exceso o por defecto.
- Saber qué hay que hacer en cada caso y formarse continuamente para ello.
- Aplicar los conocimientos para cuidar con calidad.
- Intercambiar la experiencia profesional para evitar el daño de otros.

Este principio supone al cirujano sopesar los riesgos y los beneficios de sus acciones y actuar cuando los primeros no sobrepasen a los segundos, según una escala de proporcionalidad en la que no deben emplearse me-

dios moralmente malos, aunque los fines sean buenos, y tampoco perseguirse fines buenos si los resultados van a ser desproporcionadamente malos.

2. *Principio de justicia*: viene dado por la asignación o distribución de los recursos y sus costes. Defiende los derechos jurídicos, sociales y sanitarios a los que el paciente puede acceder y obliga a la sociedad a atender y asistir dignamente a estas personas.

El elemento económico tiene que tratar de articular un discurso equilibrado y realista, entre las buenas intenciones éticas con las necesidades institucionales, sin perder su sentido más esencial.

Por eso, si no se consideran objetivamente los casos de futilidad y se dejan en función de la experiencia subjetiva, facultativos con diferentes expectativas y experiencias actuarán según sus impresiones, y así pacientes similares serán tratados de forma diferente, por lo que se romperá este principio.

3. *Principio de autonomía*: este principio es necesario para la correcta aplicación del principio de beneficencia. Reconoce al individuo como sujeto básico en la toma de decisiones y establece el respeto hacia su libertad, voluntad y conciencia. Supone, además, una información realista y veraz. Los pacientes demandan cada vez más información sobre las opciones de tratamiento, riesgo, cirujano y técnica quirúrgica, y esto ha supuesto incluso un cambio en nuestras leyes⁹. La información correcta y adecuada disminuye la inestabilidad anímica del paciente y sus circunstancias. También durante la evolución postoperatoria ayuda a garantizar el éxito del tratamiento¹⁰. Se destacan dos convicciones éticas básicas:

- Todo individuo debe ser tratado como un ser autónomo.
- La persona cuya autonomía esté mermada o disminuida debe ser objeto de protección, sobre todo cuando sea incompetente o irresponsable de sus actos, su decisión no le beneficie o, aun pudiendo decidir, se vea condicionada y desbordada.

Muchas veces el miedo a la respuesta del enfermo condiciona falsamente la verdadera actitud que se debe seguir. La elaboración previa de un testamento vital por parte del paciente puede ser una ayuda a la hora de establecer decisiones. En un estudio presentado por Schiffs et al¹¹, la mayoría de los pacientes de edad avanzada tenían claros puntos de vista sobre las consecuencias del testamento vital y el 92% indicó que no les gustaría que su vida se prolongara mediante intervenciones médicas.

4. *Principio de beneficencia*: unido al principio de no maleficencia, significa "hacer el bien" respetando los derechos y la dignidad de la persona.

El principio de autonomía ha de estar equilibrado con el de beneficencia, de manera que la relación del médico con el enfermo sea de confianza, en la medida de lo posible dentro de nuestro contexto sociocultural y legal. Lo contrario llevaría a la grave situación en la que los médicos nos convertiríamos en servidores técnicos de las preferencias de los enfermos, olvidando nuestra responsabilidad profesional.

Es conveniente establecer límites pertinentes sobre el bien buscado; de la misma forma, se necesita una valoración que establezca que lo técnicamente posible es éticamente aceptable.

El Informe Belmont¹² define la aplicación práctica de estos principios bioéticos. Se traducen así las condiciones éticas y jurídicas para obtener el consentimiento del enfermo, el balance positivo entre beneficios y riesgos del tratamiento –propuesto por el médico al enfermo o a su representante legal– y las alternativas posibles con equidad en el acceso a los recursos sanitarios.

Diferencias con el concepto de eutanasia

En las situaciones en que se decida no intervenir, las diferencias con el concepto de eutanasia son¹³:

1. La enfermedad o lesión que padece el enfermo es curable en ciertos casos quirúrgicos.
2. La acción u omisión del médico puede no modificar el curso de las circunstancias o favorece la curación en un muy pequeño porcentaje de casos.
3. Existe una duda razonable sobre que la actuación pueda favorecer la curación o acelerar el curso natural del proceso.
4. El sujeto, en la mayoría de las circunstancias, puede estar incapacitado para expresar su opinión.

Es fundamental introducir una cultura de la vulnerabilidad y de la responsabilidad; saber asumir que existen situaciones para las que no hay soluciones terapéuticas, que exigen de nosotros actitudes menos sofisticadas y costosas, preñadas de humanidad¹³. Los cuidados paliativos son entonces una respuesta mediante la que el médico debe equilibrar la intervención técnica con la orientación humana¹⁴.

Medicina basada en la evidencia

Por último, cabe resaltar el uso consciente, explícito y juicioso de la medicina basada en la evidencia (MBE) como método que puede facilitar la toma de decisiones en estos enfermos, y que requiere la integración clínica de la maestría individual del médico con la exploración sistemática de la bibliografía.

La calidad diagnosticoterapéutica precisa un criterio razonado para estos pacientes que, siguiendo las indicaciones de Sackett et al¹⁵, incluiría:

- Dominar las técnicas clínicas de la entrevista a pacientes. El proceso de la MBE comienza con la generación de hipótesis diagnósticas y concluye integrando las evidencias válidas con los valores y expectativas del paciente. Además, puede ser extraordinariamente difícil determinar las posibilidades de supervivencia en pacientes muy ancianos.
- Adquirir la actitud de un aprendizaje continuo, autodirigido para toda la vida, sin el cual el cirujano quedaría peligrosamente desfasado. Es necesario intervenir con oportunidad cuando esté indicado, con una correcta técnica

quirúrgica y una manipulación delicada de los tejidos, lo que alcanza un especial valor en el paciente geriátrico.

– Conseguir la humildad necesaria para no mantenerse refractario a la propia superación y a los avances de la medicina. Es esencial evitar intervenciones heroicas, eligiendo procedimientos “seguros” que den prioridad a la calidad de vida postoperatoria, y una “actitud no agresiva” para excusarse de intervenir o para reducir “gastos inútiles”.

– Poner entusiasmo en la aplicación de estas ideas y proseguir avanzando en el estudio y la investigación de la población que envejece.

La denominación de MBE corre el peligro de acentuar excesivamente el valor probabilístico de los datos, en detrimento de las condiciones exigidas, fundamentadas en la excelencia profesional, la experiencia y la formación continuada. Deben resaltarse los contenidos bioéticos relacionados con la cirugía, especialmente los vinculados con la indicación quirúrgica y la formación del cirujano⁹.

Conclusiones

En la cirugía de emergencia del anciano con alto riesgo surge el planteamiento de aplicar una cirugía agresiva cuando hay pocas posibilidades de éxito o establecer los cuidados que le ayuden a bien morir. El cirujano responsable debe establecer, junto con el paciente y su familia, las posibilidades de tratamiento.

Esta elección debe caracterizarse por ser:

- Una actitud razonada, sin dejarse llevar por factores intuitivos o superficiales.
- Una valoración interdisciplinaria, donde se considere al paciente de forma global en su contexto actual, con base en la historia clínica, las circunstancias de su vida y su respuesta a la información recibida.
- Una responsabilidad compartida entre los distintos profesionales (cirujanos, anestesiistas, etc.), el paciente y su familia.

La probabilidad estadística de cuán improbable ha de ser un resultado para ser considerado fútil es una cuestión que no tiene respuesta. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que ha de prevalecer la excelencia en el acto de curar y en el cuidado, para poder superar la ética de mínimos exigida hacia una de máximos.

Ante casos puntuales en que los pacientes planteen dudas razonables al equipo quirúrgico, se debe proponer discutir el caso en un comité de ética convocado de forma prioritaria, sin olvidar su carácter consultivo y no deliberativo¹⁵.

Bibliografía

1. Freid TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002;346:1061-6.
2. San José Laporte A, Jacas Escarcellé C, Selva O'Callaghan A, Viñardell Tarrés M. Protocolo de valoración geriátrica. *Medicine (Madrid)* 1999;7:5829-32.

3. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, Vonderweid U, Hansen G, for the EURONIC Study Group. Neonatal end-of-life decision making. Physicians attitudes and relationship. With self-reported practices in 10 European Countries. JAMA 2002;284:2451-9.
4. McMahon DJ, Shapiro MB, Kauder DR. El anciano traumatizado en la unidad de cuidados intensivos traumatológicos. En: Schwab WCW, Reilly PM, editores. Cuidados intensivos del paciente traumatizado. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 3. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000; p. 1039-55.
5. Keats AS. The ASA classification of physical status. A recapitulation. Anesthesiology 1978;49:233-40.
6. Díaz-Prieto A, Carrigosa F. Pacientes críticos y futilidad. Labor Hospitalaria 2002;256:110-4.
7. MacKenzie EJ, Morris JA, Smith GS. Acute hospital costs of trauma in the United States: implications for regionalized systems of care. J Traumatol 1990;30:1096-101.
8. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
9. Acea Nebril B. Los contenidos bioéticos en la revista Cirugía Española (1970-2000). Cir Esp 2001;69:380-5.
10. Collazo Chao E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cir Esp 2002;71:319-24.
11. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. Views of elderly people on living wills: interview study. BMJ 2000;320:1640-1.
12. Fabre FA. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. En: Bioética: orígenes, presente y futuro. Madrid: Instituto Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina, 2001.
13. Torralba Rosello F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Instituto Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina, 2002.
14. Clark D. Between hope and acceptance: the medication of dying. BMJ 2002;324:905-7.
15. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Momento Médico Iberoamericana, 1997.