



ISSN: 1578-7710

Revista Electrónica de Medicina Intensiva



Artículo especial nº 80

REMI está dirigida exclusivamente a profesionales de la salud

[Primera página](#)
[Organigrama](#)
[Política de privacidad](#)
[Derechos de copia](#)

Secciones:

[Enlaces](#)
[Club de lectura](#)
[Pautas de actuación](#)
[Debates](#)
[Casos clínicos](#)
[Arte y Medicina](#)

Revista:

[REMI 2001, Vol 1](#)
[REMI 2002, Vol 2](#)
[REMI 2003, Vol 3](#)
[REMI 2004, Vol 4](#)
[REMI 2005, Vol 5](#)
[REMI 2006, Vol 6](#)
[REMI 2007, Vol 7](#)
[REMI 2008, Vol 8](#)
[Buscar](#)

Auspiciada por la



REMI suscribe los principios del código HON
[Compruébalo aquí](#)

Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo especial nº 80. Vol 8 nº 1, enero 2008.

[[Artículos del mes](#)]

Autores: Encarnación Molina Domínguez y Miguel Ángel Sánchez González

REMI ha enviado este documento gratuitamente por correo electrónico a sus 4.392 suscriptores.
[\[Suscripción\]](#)

ESTE ARTÍCULO HA SIDO SOMETIDO A REVISIÓN POR PARES

La asistencia sanitaria al anciano: ¿deben existir límites?

[[Versión para imprimir](#)]

Comentarios: [[Francisco Hernández Altemir](#)] [[Ricardo Abizanda Campos](#)] **Réplica:** [[Encarnación Molina Domínguez](#)]

Comentarios: [[Lluís Cabré Pericas](#)] [[Héctor Díaz Águila y Mercedes Véliz Sánchez](#)] [[Juan José Calvo](#)]

Daniel Callahan en su libro "Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece" [1], consideró la edad como uno de los criterios que deben influir en la distribución de los recursos sanitarios. Sin embargo, sabemos que la edad es un factor más, y por tanto, con un valor limitado en la toma de decisiones clínicas. El presente artículo es una revisión de las ideas expresadas por D. Callahan en su libro.

1.- Las sociedades envejecidas y el incremento del gasto sanitario

En los años 80 se inició en algunos países desarrollados un periodo de limitación en el uso en determinadas tecnologías en la población anciana. Las poblaciones envejecidas estaban aumentando, y era necesario poner límites al crecimiento del gasto sanitario [2-4]. Sin embargo, otros estudios demostraron que estos datos no eran concluyentes y que podría existir una mala planificación de recursos en relación a las necesidades de la población [5, 6], así como la inadecuación de los procedimientos realizados a los ancianos en relación a sus patologías [7].

Sabemos actualmente que las poblaciones envejecidas poseen determinadas características: las enfermedades crónicas son más prevalentes, la proporción de ancianos enfermos, dependientes e incapacitados es muy elevada, las elecciones morales en los ancianos terminales son muy difíciles y los costes de los ancianos terminales son muy elevados [2]. Sin embargo, no podemos centrarnos exclusivamente en esta población para justificar el gasto sanitario, sobre todo cuando desconocemos qué necesidades asistenciales precisan.

2.- Necesidades asistenciales en la población anciana

Desconocemos las necesidades asistenciales en la población anciana. Ni tan siquiera hemos definido cual es la edad para hablar de ancianidad. Para Daniel Callahan la muerte prematura es la muerte que ocurre antes de haber vivido una duración natural de la vida, periodo que se alcanzaba al comienzo de los 70 años, pero que en la actualidad se ha prolongado hasta finales de esa década de la vida y principios de los 80 años. Lo ideal en esta etapa sería que el anciano sea independiente y sano. Si tenemos en cuenta estos elementos, es lógico pensar que las necesidades deben ir encaminadas a evitar aquellos elementos que pueden acompañar a la ancianidad (las enfermedades crónicas, el dolor, la dependencia y el sufrimiento principalmente).

3.- ¿Debemos poner límites a la asistencia sanitaria de los ancianos?

No se puede llegar a conclusiones ya que inicialmente deberíamos conocer las necesidades de salud de los distintos grupos de edad y establecer sus prioridades para planificar programas sanitarios. Daniel Callahan argumenta que las necesidades de los ancianos estarían encaminadas a alcanzar en primer lugar una duración natural de la vida y después de alcanzar esta edad, a aliviar el sufrimiento. Este estándar haría posible una distribución de recursos para las personas ancianas basados en la edad y en las necesidades individuales [1].

Norman Daniels en su teoría de “abanico normal de oportunidades para la distribución de recursos a distintos individuos y grupos de edad” [5], nos dice que satisfacer las necesidades de asistencia sanitaria favorece la igualdad de oportunidades y garantiza a los individuos una opción justa de disfrutar el abanico normal de posibilidades de la sociedad en que viven. Daniel Callahan amplía esta teoría al concepto de “abanico de oportunidades a lo largo de la vida”, que significa preguntarse cuales son las oportunidades que resulta razonable esperar a lo largo de la vida, aunque primero tenemos que tener claro qué es lo que debiera entenderse como “normal” dentro de los límites de ese mismo abanico.

La edad como criterio para poner límites

Debemos distinguir entre la edad como criterio médico para establecer un pronóstico y la edad como criterio centrado en la persona. El criterio médico considera la edad cronológica equivalente a otras características físicas del paciente (peso, edad, talla, etc.). Si nos centramos en la persona, tenemos que valorar su historia y su biografía, es decir, como persona y no como una mera colección de órganos. Debemos rechazar la edad como estándar médico, pero podemos utilizar la edad como estándar biográfico. La percepción del paciente como una persona total o como un conjunto de órganos que tienen que recibir tratamiento, es lo que determina que el médico utilice los tratamientos intensivos y agresivos en pacientes ancianos o terminales de forma similar a los tratamientos utilizados en la gente joven [1].

¿Es moral utilizar la edad para limitar la asistencia sanitaria?

Daniel Callahan nos dice que los profesionales experimentados y serios tienen en cuenta siempre la edad en la toma de sus decisiones relativas a la retirada de tratamientos, y siempre lo han hecho. ¿Por qué debemos asumir que este factor no es, y no debe ser, parte de un juicio moral responsable?

La edad como estándar biológico para poner límites

Podemos emitir dos tipos de juicios: el juicio médico y el juicio moral. Si hacemos referencia a la eficacia clínica estamos emitiendo un juicio médico. Cuando tenemos en cuenta el valor de la vida y decimos que el tratamiento es inútil porque no merecía la pena salvar al paciente por su edad, estamos emitiendo un juicio moral. Los juicios morales acerca del valor social de la vida de un paciente son inaceptables como motivos para retirar el tratamiento médico.

La edad es un componente valioso que nos señala en qué punto se encuentra el paciente en relación a su propia historia vital. A los ancianos enfermos crónicamente y con pocas posibilidades de curación podemos tratar los órganos disfuncionantes, pero no podemos devolverles la salud. Si la edad no es un buen factor pronóstico sobre la eficacia del tratamiento, sí constituye un estándar perfectamente razonable para juzgar la sensatez de la utilización de un tratamiento [1].

La edad como criterio para retirar el tratamiento médico

Daniel Callahan justifica el uso de la edad como criterio para la retirada de tratamientos médicos en dos situaciones:

1. Cuando una persona haya disfrutado de la duración natural de la vida.
2. Una vez alcanzada la duración natural de la vida, los cuidados médicos deben de ir dirigidos a aliviar el sufrimiento.

Sin embargo, es difícil saber donde está la línea de separación entre el alivio del sufrimiento y la prolongación de la vida, y bajo ninguna circunstancia sería aceptable no evitar el sufrimiento si esto lleva implícito la posibilidad de alargar la vida. Además, la medicina no puede dar sentido y significado a la vida de los ancianos, solo pueden hacerlo por sí mismos con la ayuda de la sociedad en la que viven.

Daniel Callahan pone énfasis en las distintas connotaciones que suponen las distintas edades en el sentimiento del dolor y el sufrimiento.

- La persona joven no ha vivido toda la duración natural de su vida, y puede tener aún objetivos muy importantes que cumplir. Sin embargo, esto no ocurre en los ancianos, ya que sus objetivos previstos ya están casi todos cumplidos, y la vejez para ellos es otra etapa distinta de la vida que tienen que afrontar.
- En el paciente joven existe la tendencia a realizar tratamientos agresivos. Pensamos casi siempre que el beneficio es mayor que el riesgo. En la población anciana no estamos seguros de poder mantener una buena calidad de vida o similar a la previa del evento agudo, cuestionándonos limitar el tratamiento médico.

4.- Eutanasia y suicidio asistido

Aunque los ancianos no tienen derecho a demandar de forma ilimitada los recursos sanitarios, esto no quiere decir que no deban utilizar los recursos sanitarios disponibles y renunciar a la vida. La eutanasia legalizada (eutanasia positiva) y el suicidio asistido dan derecho a los ancianos a controlar su vida y su muerte. Para algunos ancianos sería gratificante, les evitaría una muerte dolorosa y la sensación de ser una carga para los demás.

Sin embargo, Daniel Callahan dice que no aporta solución en la práctica ya que lleva la connotación de la infravaloración de la edad avanzada. La vejez sería vista como algo inútil a lo que tenemos que renunciar. Los jóvenes podrían pensar que no hay que soportar el dolor y que no se puede conseguir una comunidad de ancianos. La salud y la vitalidad serían los valores para ver la vida digna de ser vivida.

La tasa de suicidios en ancianos es más alta que en jóvenes. Sin embargo, los factores de más peso que contribuyen a ello son los problemas sociales y las patologías psiquiátricas. La edad no es un factor de riesgo para el suicidio. El anciano reacciona ante el dolor, la enfermedad crónica y la muerte inminente con un abanico de respuestas tan amplio como cualquier otro grupo de edad.

5.- Criterios para elegir el tratamiento adecuado

Elegir el tratamiento adecuado en la población anciana es muy difícil, ya que no hemos sabido encontrar el valor que ocupan el envejecimiento y la muerte en nuestra sociedad actual. Podemos considerar tres factores importantes y utilizar los medios de diagnóstico y tratamiento adecuados a la patología sin alargar la existencia sin sentido y sin llegar a tratamientos excesivos.

5.1.- El estado físico y mental

- Pacientes en estado vegetativo persistente, pacientes con demencia grave, pacientes con deterioro leve-moderado de la competencia (o con competencia fluctuante)
- Pacientes gravemente enfermos con estado mental conscientes. Pacientes físicamente enfermos con estado mental consciente y que no están gravemente enfermos y pacientes físicamente fuertes en estado mental consciente.

5.2.- Niveles de asistencia

- Procedimientos de urgencia para salvar la vida (resucitación cardiopulmonar)
- Cuidados intensivos y soporte vital avanzado
- Cuidados médicos generales (antibióticos, cirugía, quimioterapia, antineoplásicos, hidratación y nutrición artificial)
- Cuidados paliativos de enfermería para proporcionar confort

5.3.- Calidad de vida

- Capacidad para pensar, sentir e interactuar con otros
- Impedimentos a la calidad de vida (dolor y el sufrimiento)
- Impedimentos que distorsionen la capacidad de pensar, sentir e interactuar con el medio

6.- El estándar mínimo adecuado para la población anciana

Daniel Callahan dice que debemos tender a un estándar mínimo adecuado que permita a la población anciana conseguir sus objetivos planteándonos los siguientes principios:

6.1.- Delimitación de prioridades

Es necesaria una política de distribución de recursos y un sistema de prioridades basado en la edad con el objetivo de establecer límites en la asistencia sanitaria para los ancianos, evitar la muerte prematura y el alivio del sufrimiento. Las directrices deben de ir encaminadas a concretar sus prioridades y a favorecer la investigación de las patologías crónicas, así como de la asistencia preventiva y paliativa. La tecnología médica innovadora nos debe hacer recapacitar sobre su utilización, haciéndonos pensar si solo contribuye a alargar las enfermedades crónicas del anciano y su existencia sin aportar una mejoría significativa en la calidad de vida. La evaluación de las tecnologías es importante en estos casos, ayudaría a saber a quién deberíamos aplicarlas y a definir la población que más se beneficiaría de ellas.

6.2.- Elementos de una política sanitaria de contención de costes

El Estado no puede soportar sin restricciones los crecientes costes económicos y sociales de la asistencia sanitaria. Hay que poner límites, ya que los avances tecnológicos son cada vez más importantes, pero también más costosos. Además, el Estado tiene responsabilidad con otros grupos sociales. La edad podría ser un factor importante en la toma de decisiones para poner límites en la aplicación de determinados tratamientos para alargar la existencia. La mayor parte de los avances tecnológicos de las últimas décadas han producido más beneficios para los ancianos que para los jóvenes (diálisis), y esto ha llevado a un aumento de la esperanza de vida y a un aumento de las patologías crónicas asociadas a la vejez.

Callahan dice que el Estado está obligado a desarrollar, emplear y financiar tan solo la tecnología adecuada para alargar la existencia con objeto de lograr una duración natural de la vida, y más allá de esta línea solo los medios necesarios para aliviar el sufrimiento y no la tecnología para alargar la vida. Estos principios obligan a establecer un límite superior de edad para optar a los cuidados que alarguen la vida, a la vez que reconocen la gran diversidad que caracteriza las necesidades de los individuos para llegar a este límite, o más allá de él para aliviar el sufrimiento [1].

7.- El principio de reciprocidad de los jóvenes para los ancianos

Daniel Callahan argumenta que los ancianos no deben anteponer su propio bienestar al de los jóvenes y a las futuras generaciones. Aunque hemos asistido a cambios sociales importantes como es el menor sentimiento de obligación moral [6], los hijos y la familia siguen siendo la principal fuente de apoyo emocional del anciano. Una comunidad que no cuidase de sus ancianos no sería una comunidad moral [1].

El principio de reciprocidad según el cual los jóvenes tienen una deuda con los ancianos, al igual que un día sus hijos la tendrán con ellos, es una constante en la mayoría de las sociedades. Se ha dicho que los deberes de los hijos para con los padres emanan del principio de justicia natural y de retribución [8], mientras que otros no niegan un vínculo moral de amor y de afecto que no puede ser la justificación de sus obligaciones para con sus progenitores [7]. Daniel Callahan nos dice que los requerimientos morales recíprocos parecen evidentes por sí mismos. Es posible imaginar que existe cierta obligación cuando los padres han hecho por sus hijos más de lo que moralmente podría pedirseles. En el núcleo de cualquier obligación moral importante se encuentra el estado de vulnerabilidad y de necesidad última del otro, que en el contexto de la vida familiar y de la enfermedad solo se puede satisfacer plenamente a través de un miembro familiar [1].

Resumen

- Debemos aceptar el envejecimiento como parte de la vida y no como una situación de la vida que debe ser modernizada con el progreso médico y la tecnología.
- Los ancianos no deben ser discriminados por razones de edad para acceder a una sanidad pública cara. Deben tener el mismo derecho de acceso a la asistencia sanitaria que cualquier otro grupo de distinta edad.
- El Gobierno debe garantizar a todos los grupos de edad evitar una muerte prematura. Se debe considerar “la duración natural de la vida” como punto de corte donde ya no hablamos de muerte prematura (finales de los 70 e inicio de los 80 años), pero no debe prolongarse innecesariamente la existencia, sino que los cuidados deben de ir dirigidos a aliviar el sufrimiento. Si fuera necesario poner límites, el ideal sería un sistema individualizado, justo

y eficaz, todo a un tiempo.

- La eutanasia y el suicidio asistido quitan el valor de la ancianidad como una nueva etapa de la vida que merece la pena ser vivida.
- El Gobierno tiene compromiso de ayuda con todas las edades, por ello los ancianos no tienen derecho a vivir una existencia larga con la financiación pública indefinidamente, ya que eso podría poner en peligro a otras generaciones jóvenes, evitándoles llegar a ancianos y haciendo más ancianos a los que ya lo son.
- La reciprocidad pone el énfasis en establecer vínculos continuos de obligación y deber entre las generaciones a lo largo del tiempo. Los lazos familiares son la piedra fundamental para los ancianos dependientes y enfermos. En el núcleo de cualquier obligación moral importante se encuentra el estado de vulnerabilidad y de necesidad última. Es posible imaginar que existe cierta obligación cuando los padres han hecho por los hijos más de lo que moralmente podría pedirseles.
- La edad es una variable que carece de sentido por sí misma para poner límites de asistencia sanitaria en la población de ancianos.

Encarnación Molina Domínguez, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Ciudad Real
Miguel Ángel Sánchez González, Profesor de Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina,
Universidad Complutense, Madrid
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

Bibliografía

1. Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Triacastela. 2004.
2. Evans Robert, et al. "Apocalypse No". En Bouler JA y Grenier G. Health Expenditures in Canada and the Impact of Demographic Changes on Future Government Health Insurance Programs, Discussion Paper no.123 (Ottawa: Economic Council of Canada, 1978).
3. Karen Davis. "Aging and the Health-Care System. Economic and Structural Issues", Daedalus 115. 1986. pp 234-235.
4. Daniel R. Waldo y Helen XC Lazenby. "Demographic Characteristics and Health Care Use and Expenditures by the Aged in the United States: 1977-1984". Health Care Financing Review 6. 1984. pp. 1-29.
5. Norman Daniels. Just Health Care (Cambridge: Cambridge university Press, 1985), pp. 104-5.
6. Daniel Yankelovich. New rules; Searching for Self-fulfillment in a World Turned Ápside Dow. New Cork. Random House. 1981. p.104.
7. Martin R Levy, Sara W Gross. "Constitutional Implications of Support Laws", University of Richmond Law Review 13. 1979. p. 523.
8. Commentaries on the Laws of England Vol. I (Philadelphia. J.B. Lippincott and Co., 1856), libro I, cap 16, sección I. Jeffrey Blustein, Parents and Children. The Ethics of the family (New York: Oxford University press.1982. p.181.

Búsqueda en PubMed:

- **Enunciado:** Futilidad terapéutica en el anciano
- **Sintaxis:** Medical Futility AND aged
- [\[Resultados\]](#)

Palabras clave: Vejez, Asistencia sanitaria, Limitación del esfuerzo terapéutico, Ética.

Comentario de Francisco Hernández Altemir

Para mi, que no soy Callahan, que se plantee prestar la asistencia sanitaria mirando el D.N.I. del paciente me parece impresentable para un profesional de la medicina, y en su caso para las autoridades sanitarias y/o gubernamentales y para la sociedad en general. Yo creo que el médico está obligado a poner a disposición del paciente y de su entorno todos los medios necesarios, no para intentar prolongar la vida del paciente, sino para curarlo, entendiendo curar en el sentido de darle en todo momento las mejores ayudas materiales y humanas de las que se pueda disponer para el caso que le ocupe, y así mantenerlo en el mejor estado de bienestar posible, junto a su familia y seres queridos. Y si no los tuviera, el médico y el personal sanitario deberán aceptar ser además de eso sus familiares y amigos, y esto puede no coincidir necesariamente con el control exhaustivo de las constantes.

Cuando se presentaban enfermos en el Comité de Tumores de cabeza y cuello del hospital donde yo trabajaba y se hablaba de la edad como factor con intenciones excluyentes de terapéuticas, yo no lo aceptaba. La edad no es un parámetro que deba prevalecer, bajo ningún concepto, sobre la suma del conjunto del enfermo.

Dr. F. Hernández Altemir
Profesor Colaborador Extraordinario de la Universidad de Zaragoza
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

Comentario de Ricardo Abizanda Campos

Sr. Director:

He leído con atención, y sorpresa, el artículo firmado por E. Molina y M.A. Sánchez (REMI artículo especial 80) sobre la conveniencia o no de establecer límites de edad en la asistencia sanitaria al anciano.

El interés nace de que este es un tema que me preocupa. Algo he trabajado sobre ello y siempre espero que alguien me sorprenda con alguna consideración que para mí sea nueva.

La sorpresa es porque esta vez me han sorprendido por donde no esperaba. Los indios se esconden detrás del árbol en el que no te fijas. Pero, ¿de verdad los autores son conscientes de lo que dicen? ¿es posible que en alguna UCI se establezcan criterios de indicación de ingreso, de limitación de esfuerzo asistencial o de restricciones de prestaciones, basadas sólo en la edad? Si la respuesta es afirmativa que me digan en cuál. No existe evidencia documental de semejante hecho, al menos que yo conozca. Repito, limitación sólo basada y justificada por criterios ageistas. Esa sería una actitud rayante en el nazismo. ¿Tienes mas de ... 60, 70, 80, 90 años? Pues lo siento, NO TE TOCA (como en el chiste: Ah ¡Haber pedido muerte!).

Los autores en su exposición se centran exclusivamente en criterios de teoría ética (de eso creo que también sé un poco), y no en la práctica asistencial adecuada. ETHICUS y el estudio multicéntrico español que lideró Andrés Esteban dejaron muy claro que la edad no era un elemento decisorio a la hora de plantear la limitación del esfuerzo asistencial (LET). Sí lo eran, en cambio, el mayor bien para el paciente (BENEFICENCIA) al evitar un encarnizamiento inútil, la falta de respuesta al tratamiento (NO MALEFICENCIA Y JUSTICIA), y el respeto a las directrices previas, cuando existían (AUTONOMÍA), que por desgracia son las menos ocasiones.

Pues si la evidencia documental dice una cosa, y no dice la otra, ¿para qué levantar fantasmas?

Tampoco los autores hacen consideración de la estimación de la calidad de vida por parte de los equipos asistenciales por proyección de los propios valores frente a los del paciente. Y ese me parece un asunto mucho más frecuente y mucho menos tratado.

Tampoco se considera el empobrecimiento de la reserva fisiológica (comorbilidades cada vez más frecuentes y crecientes en relación al incremento de edad) de los pacientes de edad avanzada, lo que los hace más susceptibles al fracaso de las medidas terapéuticas.

A mi me parece un grave error de estrategia plantear la cuestión de la LET como una actitud ageista. No hay que olvidar que REMI se dirige, primordialmente, a un colectivo profesional, que intenta encontrar en sus artículos (originales o comentados) una guía para la propia actuación, y de pronto se les dice que no deben ni debieran hacer aquello que no hacen. Pues sí que estamos al cabo de la calle.

Si lo que pretenden los autores es, exclusivamente, impartir docencia, quizás debieran manifestarlo desde el principio, y no provocar confusión en los que puedan buscar una recomendación o una orientación. La LET es un tema vivo, y lo que precisa es clarificación y no confusión, innecesariamente justificada por otro lado. Me recuerda, salvando las distancias, la actitud de determinadas confesiones religiosas: “esto es pecado”; vale, pero ¿qué es lo que no es pecado? Catecismos y similares ya nos inculcaron muchos en nuestra infancia, nada más falta que ahora aparezcan otros maximalismos, aunque se disfracen de actitudes éticas.

Ricardo Abizanda Campos
Hospital General de Castelló
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

Réplica Encarnación Molina Domínguez

Sr. Director:

Me siento en la obligación de contestar al Dr. Abizanda respecto a su comentario al artículo especial nº 80 publicado en REMI, del cual soy coautora, y tengo que decir que si él está sorprendido por el contenido del artículo, yo lo estoy más por su respuesta, por los motivos que paso a enumerar:

1.- No entiendo a quienes se refiere cuando habla de “indios que se esconden detrás del árbol en el que no te fijas”. Además me sorprende la utilización de algún chiste dentro de sus comentarios, cuando los temas abordados por el Dr. D. Callahan son de tanta importancia y trascendencia; no estoy segura de si utilizar este tipo de lenguaje en una revista de Medicina Intensiva es lo más apropiado; creo que hay otros medios donde se puede emplear un lenguaje coloquial, e incluso hacer chistes, pero pienso que en la REMI no.

2.- Le diré que las ideas y creencias que han revolucionado el mundo han sido muy pocas. Me asombra que espere que alguien le sorprenda con ideas nuevas sobre este tema. Como sabrá, la primera edición del libro de Daniel Callahan fue publicada en 1987 y la segunda edición en 1995, despertando polémica, publicándose centenares de artículos donde era criticado, malinterpretado, odiado y aplaudido.

2.- Me sorprende mucho que diga que si somos conscientes de lo que decimos (suena peyorativo). Cuando dice que se ha leído el artículo con atención y sorpresa, se habrá dado cuenta de que se hace referencia a las ideas de Daniel Callahan y no a la de los autores, y me imagino que sus preguntas van dirigidas al prestigioso filósofo y bioetista, ya que el artículo es una revisión de sus ideas, sobre las que nosotros nos hemos cuidado mucho de no opinar.

3.- El documento no es una revisión crítica; si lo hubiese sido, es evidente que no nos podríamos haber mantenido al margen de mencionar la gran labor que la SEMICYUC realiza en estos temas tan controvertidos. Dr. Abizanda, la SEMICYUC la formamos todos los médicos intensivistas, donde en mayor o menor proporción hemos colaborado y colaboramos. Y aunque muchos estemos en el anonimato, no dude que también tenemos ideas, y le aseguro que muchas. Si el artículo hubiese sido una revisión crítica, es evidente que no se nos podría haber pasado por alto la labor del Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC, así como la de figuras de prestigio como el Dr. Gómez Rubí, o el Dr. Lluís Cabré, al que como ex-presidente, como profesional y como persona, le estaré eternamente agradecida.

4.- Cuando habla de levantar fantasmas no sé a qué se refiere. Los términos usados por usted son ambiguos y pueden ser malinterpretados. Además, este artículo no pretende enseñar bioética, ni crear confusión, ni crear afinidad con determinadas ideologías; no nos gustaría que con su comentario se creara un clima de opinión negativa ante un artículo de revisión, que no ha pretendido adoctrinar sino presentar las ideas de un filósofo y bioetista de prestigio, para que los lectores las conozcan y hagan su propia reflexión sobre ellas. Hablar de nazismo me parece excesivo e inapropiado. Estará de acuerdo conmigo en que lo importante es opinar y discrepar, y no destruir ni tomar posturas extremas.

Cuando el libro fue escrito, Estados Unidos vivía una situación social especial, ya que la población anciana tenía más cobertura estatal que la población de jóvenes, y además era muy elevado el porcentaje de población que carecía de cobertura médica.

D. Callahan reflexiona sobre esta situación. No olvidemos que es filósofo, y por tanto, es razonable que reflexione sobre la situación social en la que vive, al igual que lo han hecho el resto de los filósofos.

Uno de sus puntos, que para mí es evidente, es que ve la medicina moderna como éxito, y que la tecnología ha contribuido a vencer la enfermedad y a prolongar la vida. También piensa que aunque se han logrado muchos éxitos no podremos vencer a la vejez con la tecnología.

El autor dice que las sociedades con los mejores resultados utilizan algún tipo de racionamiento de los bienes sociales, y en ocasiones los éxitos obtenidos no son los esperados, al contrario, son contradictorios; de ahí la tesis tan controvertida del libro: ¿se pueden racionalizar los recursos asistenciales de forma sensata teniendo en cuenta la edad? Las múltiples interpretaciones de su libro, tanto a favor como en contra, han levantado mucha polémica, y el suyo será un libro clásico, ya que continúa vigente cuando se reedita después de muchos años.

Respecto a la edad, D. Callahan habla de utilizar un límite para la aplicación de determinadas tecnologías caras. Es lógico que el ser humano envejezca, y otra muy distinta es luchar contra la vejez con la tecnología. Sabemos todos que el organismo no responde igual en todas las edades al mismo tratamiento. D. Callahan no es estricto en aplicar un límite de edad, de hecho sus límites los ha ido variando en las ediciones sucesivas de su libro.

Los intensivistas también lo hemos hecho. Hace décadas era impensable el ingreso de determinados pacientes en las UCIs y en cambio hoy la media de edad de ingreso se acerca a los 70 años. Esto podría ser impensable hace décadas, como lo era el uso de determinados tratamientos que hoy se emplean con frecuencia (fibrinólisis, cirugías, cateterismos, etc.).

Estoy de acuerdo que la edad por sí sola no es un factor determinante para limitar recursos, al igual que usted, pero es que D. Callahan habla de calidad de vida, del estado físico y mental del individuo y de los niveles de asistencia. Además se plantea el tema de la distribución de recursos, siempre haciendo hincapié en que se alcance una duración natural de la vida (aunque no queda bien definido lo que entiende por ello, lo que ha sido motivo de muchas interpretaciones y malinterpretaciones).

Entiendo que son interesantes (aunque discutibles) sus ideas en relación a los límites de la atención médica. D. Callahan nos habla en su libro de las muertes que deben ser evitadas y de las muertes en las que no deberíamos intervenir. La muerte sería aceptable si se cumplen tres condiciones:

1. Cuando se ha conseguido la plenitud de la vida (es una definición muy formal, con un contenido poco definido).
2. Cuando no tenemos obligaciones morales (tema muy difícil de abordar).
3. Aceptar la muerte significa aceptar nuestra realidad de seres finitos. No somos inmortales, ni la tecnología nos va a proporcionar la inmortalidad. Es quizás el punto más concreto.

D. Callahan en su obra habla de evitar el sufrimiento, y hace referencia a alcanzar una duración natural de la vida, y después no prolongarla mediante la tecnología si no aseguramos beneficios al paciente. ¿Le parece extraño? Creo que el resumen de sus ideas queda claramente expresado en el artículo publicado en REMI A80; por tanto, no voy a hacer referencia al citado resumen. D. Callahan no es tan rotundo a la hora de establecer límites en la asistencia teniendo en cuenta la edad, ya que dice que es difícil saber dónde está la línea de separación entre la prolongación de la vida y la prolongación del proceso de morir.

Estoy de acuerdo en que el sujeto tiene que ser visto como persona y no como conjunto de órganos en los tratamientos médicos, ¿acaso eso no tiene que ver con la calidad de vida o con los valores de los pacientes? Los avances tecnológicos nos tienen que hacer recapacitar sobre su uso correcto para prolongar la vida y mejorar su calidad.

Aunque veo que D. Callahan no es uno de sus autores preferidos, lo que no me puede negar es que se trata de un eminente filósofo y bioetista de reconocido prestigio, original y valiente, y por eso mismo alabado y odiado. Sus libros son vigentes y siguen y seguirán levantando polémica. ¿No le parece Dr. Abizanda que, aparte de todo esto, D. Callahan es muy buen escritor?

Encarnación Molina Domínguez
Hospital General de Ciudad Real
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

Comentario de Lluís Cabré Pericas

Quiero aprovechar esta oportunidad en REMI para dar mi humilde opinión y estar o no de acuerdo con D. Callahan, que no tiene más importancia que poder reflexionar sobre sus ideas. Pero por supuesto mis más sinceros respetos a este gran filósofo. El resumen que la Dra. E. Molina y Dr. MA Sánchez ha hecho sobre su libro creo que es muy bueno y expresa las ideas de D. Callahan y por tanto creo que hay que respetar tanto a D. Callahan como a la Dra. Molina y Dr. MA Sánchez. Dicho esto, por alusiones, agradecer a la Dra. E. Molina sus amables y cariñosas palabras sobre mi persona.

Adjunto una dirección electrónica que presenta un libro, "[Los fines de la Medicina](#)", que precisamente dirigió D. Callahan, y en el que participaron muchos "popes" de la bioética internacional. Creo que es una obra que todo médico moderno debería leer y en este caso especialmente uno de los capítulos: "evitar la muerte prematura". Seguro que pueden haber discrepancias, pero el fondo creo que es muy sensato.

Es evidente que la edad por sí sola no es un motivo de limitación del esfuerzo terapéutico o de exclusión de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos; pero por supuesto que influye. Todos los sistemas pronósticos de gravedad (APACHE, SAPS, MPM) para decirlo de alguna manera penalizan la edad: cuanta más edad más probabilidad de morir. En el estudio que hicimos sobre fallo multiorgánico y puntuación SOFA la conclusión era que los pacientes en situación de fallo multiorgánico de más de 60 años, cuando se mantenían cinco días con una puntuación de más de 10 puntos SOFA se morían el 100%, pero la regla tenía sus excepciones por debajo de esta edad.

Paciente de 34 años de edad que ingresa por insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía de la comunidad, con cáncer de pulmón diagnosticado una semana antes. Según los oncólogos con tratamiento de quimioterapia, radioterapia (para disminución de la masa tumoral) y posterior cirugía, se puede conseguir una supervivencia elevada a los cinco años. El enfermo ingresó en la UCI, se intubó y se ventiló, y a los 15 días pudo ser dado de alta una vez curado de la neumonía y pasó a manos de oncología para seguir tratamiento. Un año después el paciente está con buen estado general, siguiendo el tratamiento oncológico y ya operado de lobectomía.

Paciente de 85 años de edad que ingresa por insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía de la comunidad, con cáncer de pulmón diagnosticado una semana antes. Según los oncólogos no aconsejan hacer tratamiento con quimio, radio y cirugía puesto que a esta edad casi seguro que no habrá respuesta. Aconsejan no ingresar en la UCI y no proporcionar ventilación mecánica. De acuerdo con la familia se inicia tratamiento de sedación terminal y el paciente fallece a las 48 horas del ingreso rodeado de sus seres queridos.

Es tan solo un ejemplo, pero todos podríamos presentar muchos otros. Creo que el "tratamiento intensivo condicional" (TIC) es un buen compañero de trabajo para estos enfermos ancianos. No se les puede negar la Medicina Intensiva pero sí de forma condicional y según la respuesta limitar el tratamiento (ver recomendaciones de la SEMICYUC sobre LET). En otros supuestos, como el ejemplo anterior creo que ningún intensivista intubaría a este paciente de 85 años.

Muchas gracias a todos y sobre todo recordar que aunque todas las ideas no han de ser respetadas (fascismo por ejemplo), las personas sí.

Dr. Lluís Cabré
Hospital de Barcelona
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

Comentario de Héctor Díaz Águila y Mercedes Véliz Sánchez

Sr. Director:

También hemos leído con sorpresa y desasosiego el artículo de los colegas Molina y Sánchez referente a la asistencia sanitaria al anciano [1]; por supuesto discrepamos de las teorías de Callahan [2] cuando expresa que la edad es un criterio que debe influir en la distribución de los recursos sanitarios. Otros artículos publicados en REMI han reflejado sus consideraciones respecto a este tema [3, 4]. La tendencia actual en Cuba y en nuestra provincia es el envejecimiento de la población, la tasa de natalidad ha disminuido de 27,7 x 1000 habitantes en 1970 hasta 9,9 x 1000 habitantes en 2006. Por otra parte la mortalidad ha descendido en la población de más de 65 años de 52,2 x 1000 habitantes en 1990 hasta 47,4 x 1000 habitantes en 2006 [5]. Esto ha determinado un incremento en la población mayor de 60 años y una mayor necesidad de atención médica a pacientes en edades geriátricas. Teniendo en cuenta que las tres principales causas de mortalidad en nuestro país son las enfermedades cardiovasculares, seguidos por las neoplasias malignas y las enfermedades cerebrovasculares en tercer lugar; es de suponer que requieren una mayor atención hospitalaria y en unidades especializadas como servicios coronarios, oncológicos y neurológicos.

Cada anciano debe ser evaluado de acuerdo a sus particularidades, y la edad no debe ser tomada en cuenta a la hora de decidir una acción terapéutica. Tenemos experiencias en pacientes nonagenarios y centenarios que se han beneficiado de procedimientos invasivos, de gran riesgo y complejidad, después de los cuales han vivido con una adecuada calidad. Ello nos hace reflexionar que son muchos los factores que hay que considerar a la hora de decidir alguna conducta sobre tales pacientes y no solamente tener en cuenta los principios de la bioética ampliamente conocidos. Si la tendencia de nuestra población es el envejecimiento, debemos tomar medidas preventivas desde ahora sobre los jóvenes actuales, que serán los futuros ancianos, para proporcionarles una longevidad saludable y con aceptable calidad.

Héctor Díaz Águila, Mercedes Véliz Sánchez
Servicio de Terapia Intensiva
Hospital Universitario de Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

Bibliografía:

1. Molina E y Sánchez M. La asistencia sanitaria al anciano: ¿deben existir límites? [[REMI 2008; 8 \(1\): A80](#)].
2. Molina E y Ortega J. Las sociedades envejecidas y los recursos sanitarios. [[REMI 2007; 7 \(2\): A65](#)].
3. Martínez A. A propósito del envejecimiento y los recursos sanitarios. [[REMI 2007; 7 \(2\): A66](#)].
4. Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Triacastela. 2004.
5. MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico Año 2006. Disponible en: [<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anu06ing.pdf>]

Comentario de Juan José Calvo

Mi comentario parte desde mi corta experiencia como médico en terapia intensiva de un hospital de mediana complejidad, hace 11 años soy médico, me he formado como especialista en clínica médica y hace tres años pertenezco a un servicio de UCI. Que yo recuerde, ningún docente ni residente superior durante mi residencia han indicado limitar los esfuerzos terapéuticos a los pacientes ancianos, jamás se nos hubiera ocurrido plantearnos algo igual, tengo el orgullo de decir que nuestro equipo de UCI siempre valora el paciente en un contexto general y les puedo asegurar que la edad no es una variable que influya sobre la limitación terapéutica de nuestros pacientes.

Cuando asumimos la responsabilidad para ejercer la profesión tenemos la obligación de apelar a todos los medios que estén a nuestro alcance a fin de mejorar, prolongar y salvar la vida humana, este es mi concepto, todos tienen derecho a ser atendidos por igual y con esos fines, sin prejuicios ni preconceptos, siempre teniendo en cuenta que el hombre es un ser biopsicosocial.

Respeto todas las opiniones vertidas sobre el tema como así también a los colegas más distinguidos. Saluda atentamente:

Juan José Calvo
Hospital Pedro T. Orellana
Trenque Lauquen BS AS, Argentina
©REMI, <http://remi.uninet.edu/>. Enero 2008.

© REMI | <http://remi.uninet.edu/> | correo: remi@uninet.edu | Fecha de la última modificación de esta página: 3-02-2008