

Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les queremos proponer a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello hemos invitado a exponer sus posiciones sobre situaciones de capacidad decisional fluctuante en una revista académica a dos prestigiosos referentes del tema con miradas contrapuestas a partir de una situación clínica. A continuación, les compartimos las reflexiones del Dr. Oscar Mazza y de la Dra. Fabiana Giber* sobre la base del siguiente escenario hipotético:

Un hombre de 78 años, con diagnóstico reciente de deterioro cognitivo leve, vive con su hija en Buenos Aires. Tras varios episodios de dolor abdominal, se le indica una colecistectomía laparoscópica electiva. Aunque comprende la explicación médica, repite las mismas preguntas, por momentos se muestra confundido y expresa temor a la cirugía. Su hija considera que ya no puede decidir por sí mismo y solicita avanzar con la operación. El equipo tratante se enfrenta así a un problema complejo vinculado con los límites de la autonomía del paciente, la posición de los familiares y la recomendación médica.

Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño

Oscar M. Mazza[®]

Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

Este es un escenario de complejidad clínica y ética, que nos obliga a balancear el principio de beneficencia (la necesidad de resolver una patología biliar que, para un paciente a los 78 años operado en un hospital con profesionales expertos en esa cirugía, no conlleva un riesgo elevado de complicaciones graves) con el respeto por la autonomía de un paciente cuya capacidad de decisión se encuentra en una zona gris.

Desde la óptica quirúrgica, la indicación de una colecistectomía en este paciente no responde tanto a prevención sino como tratamiento de una patología inflamatoria que se está tornando recurrente, y que además de alterar la calidad de vida puede incluso presagiar un evento mayor que determine una internación y un procedimiento de urgencia. O sea, es prevención, pero de daños mayores.

Por otra parte, una colecistectomía laparoscópica en manos de cirujanos con experiencia tiene una tasa muy alta de eficacia con complicaciones mayores de menos del 2 por mil de casos operados. La recuperación en pacientes mayores sin fragilidad física es buena, y el alta hospitalaria se logra en casi todos los casos a las 24 horas.

En un paciente de 78 años, una colecistitis aguda, una colangitis o una pancreatitis biliar tienen una morbimortalidad significativamente mayor que una cirugía electiva. La cirugía programada permite optimizar al paciente, realizar una evaluación preanestésica a conciencia y asegurar un posoperatorio sin mayores incidentes. Intervenir de forma electiva es la mejor manera de proteger la reserva cognitiva que aún conserva. La internación es programada y breve, lo que disminuye también todos los cuadros de desorientación intrahospitalaria en esta población.

El manejo del consentimiento informado en pacientes con deterioro cognitivo es uno de los desafíos más delicados de la bioética. Requiere un delicado equilibrio entre el respeto a la autonomía residual del paciente y el deber de protección del equipo de salud. Es en estos casos donde asume un papel crítico el cuidador o representante.

El cuidador debe intentar decidir lo que el paciente decidiría si recuperara la lucidez por un momento. Si el paciente manifiesta una oposición persistente, el equipo médico y el cuidador deben reevaluar la proporcionalidad del tratamiento, a menos que se trate de una urgencia con riesgo inminente.

*Comentario de la Dra. Fabiana Giber "Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve" [\[link\]](#)

Autor para correspondencia: oscar.mazza@hospitalitaliano.org.ar, Mazza OM.

Recibido: 12/03/2026 | Aceptado: 25/03/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1351>

Cómo citar: Mazza OM. Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(2):e0001351

En este escenario, el equipo de salud trasciende su función técnica para actuar como un mediador ético y clínico. Su papel consiste en liderar la toma de decisiones compartida que proteja al paciente del ensañamiento terapéutico, al mismo tiempo que atenúa la carga emocional del cuidador para evitar que la decisión sea un foco de culpa o conflicto. Finalmente, el equipo debe garantizar la seguridad jurídica y ética del acto médico mediante una documentación rigurosa en la historia clínica.

El imperativo ético aquí es la protección. Si el paciente no puede garantizar su propia seguridad a largo plazo debido a su incapacidad para comprender el riesgo de la progresión de la enfermedad biliar, el equipo médico y la familia deben actuar de manera coordinada.

El diagnóstico de "deterioro cognitivo leve" no invalida automáticamente la autonomía, pero en este caso el paciente tiene dificultades para procesar y retener la información necesaria para un consentimiento informado válido. Para que un consentimiento sea válido, el paciente debe demostrar cuatro habilidades:

- **Comprensión:** entender los hechos relevantes del diagnóstico y tratamiento.
- **Apreciación:** reconocer cómo esa información se aplica a su propia situación.
- **Razonamiento:** poder comparar opciones y prever consecuencias.
- **Expresión de una elección:** mantener una decisión consistente en el tiempo.

Cuando se determina que el paciente no tiene capacidad suficiente para consentir, se activa el consentimiento por representación o sustitución. El orden de prelación suele estar definido por la legislación local (en la Argentina, por la Ley 26529 y el Código Civil y Comercial):

1. **Directivas Anticipadas:** si existen, son la prioridad absoluta.
2. **Representante Legal/Apoderado:** persona designada previamente por el paciente.
3. **Cónyuge o conviviente.**
4. **Familiares directos (hijos, padres, hermanos).**

Las Directivas Anticipadas (DDAA) son herramientas muy útiles para evitar situaciones como esta, ya que constituyen una herramienta fundamental para garantizar la autonomía extendida del paciente, permitiendo que sus valores y decisiones sobre el cuidado de su salud trasciendan en el tiempo, incluso ante la pérdida de capacidad. Su principal ventaja radica en la eliminación de la incertidumbre para el equipo médico, al transformar la interpretación subjetiva en una ejecución de voluntad fehaciente, y en el significativo alivio de la carga emocional y moral para la familia. Por ende, previenen conflictos éticos y culpas posteriores en los familiares.

Resumen del dilema ético en la toma de decisiones quirúrgicas en un paciente con deterioro cognitivo leve:

Conflictos de intereses: el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Dilema en la Colectomía: Ética y Clínica en el Paciente Mayor

El manejo de patologías biliares en adultos mayores con deterioro cognitivo presenta un conflicto entre la beneficencia médica y la autonomía del paciente. Se busca evitar complicaciones de urgencia mediante una cirugía programada, activando mecanismos éticos y legales cuando la capacidad de decisión del paciente está comprometida.

El Beneficio Clínico de la Intervención Programada



Cirugía Electiva



La cirugía programada tiene menor morbilidad que la colecistitis aguda o pancreatitis en mayores.



Alta Efectividad y Seguridad

Las complicaciones mayores son inferiores al **2 por mil** en manos expertas.



Protección de la Reserva Cognitiva

La internación breve (24 hs) disminuye la desorientación y protege la salud mental del paciente.

El Marco Ético y Legal del Consentimiento



Las 4 Habilidades del Consentimiento Válido

El paciente debe demostrar comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección consistente.

Orden de Representación (Ley 26.529)

1. Directivas Anticipadas
2. Representante
3. Cónyuge
4. Familiares directos



El Rol del Equipo como Mediador

El médico debe proteger al paciente y aliviar la carga emocional/culpa del cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

- ACS/NSQIP/AGS Best Practices Guidelines. Optimal preoperative assessment of the geriatric patient. [Chicago, IL: ACS; 2016].
- Argentina. Código civil y comercial de la Nación. 8ª ed. act. Buenos Aires: Ministerio de Justicia. Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica; 2024.
- Argentina. Honorable Congreso de la Nación. Ley Nacional N° 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Bol Nac Rep Argent. 2009 oct 21;(31785):1.
- Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.