

Ciencia y Conciencia. Ética en Anestesiología

Margarita Araujo Navarrete

RESUMEN

El consentimiento informado es el proceso que establece el diálogo entre el médico y el paciente, por el cual el paciente expresa su autodeterminación para recibir atención médica. El actuar del anestesiólogo bajo el principio de beneficencia puede pendularse entre el Modelo de Autonomía y el Modelo Paternalista ya que no son contrarios ni excluyentes, para tratar al paciente. Se entrevistó a 60 pacientes para evaluar: autonomía, consentimiento informado, concepto de la anestesia antes y después de la cirugía y a 45 anestesiólogos y 45 cirujanos explorando sus preferencias con respecto a los modelos de atención. Los resultados muestran que tanto en la práctica privada como en instituciones del Sector Salud, el 55 % de los pacientes están presionados en su autodeterminación. La información suficiente y concreta permitirá una mejor relación médico-paciente y propiciará la responsabilidad social en la atención a la salud.

Palabras claves: Bioética, Relación médico-paciente, Anestesiología clínica.

SUMMARY

SCIENCE AND CONSCIENCE. ETHICS IN ANESTHESIOLOGY

The informed consent process establishes a dialogue between physician and patients through which patients express self-determination in their medical care. The actions of the Anesthesiologist under the principle of Beneficence may sway between the Autonomy model and the Paternalism model since they are not

contrary, nor mutually excluding. Sixty patients were interviewed to evaluate: Autonomy, Informed consent and the concept of anesthesia before and after surgery ; and 45 anesthesiologist and to 45 surgeons exploring their preference with respecting to the models of attention. The results show that in private as well in institutional practice, 55 % of the patients are pressured in their self-determination. Sufficient and concrete information will allow for a better doctor-patient relationship and will promote social responsibility in the health service.

Key Words: Bioethics, clinical anesthesiology, medical-patient relationships

Los avances científicos y tecnológicos han permitido que la anestesiología haya tenido un gran desarrollo. Algunos investigadores exploran la percepción auditiva y de memoria del paciente anestesiado, es decir, hasta donde hemos logrado abatir su conciencia^{1,2}.

En este momento en que casi todo es técnicamente posible, se debe reflexionar en la conciencia del anestesiólogo y hasta dónde su campo de acción es éticamente admisible o justificable.

Entre los objetivos del presente trabajo, se encuentran: 1.- Demostrar que el Anestesiólogo, en su actuar cotidiano, de acuerdo a sus conocimientos técnicos y científicos debe reflexionar en el nivel de autonomía de cada paciente; 2.- Demostrar que en Anestesiología, bajo el principio de beneficencia, el modelo paternalista o el modelo de autonomía pueden aplicarse alternativamente, ya que no son contrarios ni excluyentes; 3.- Promover la información de la anestesiología y del actuar del anestesiólogo de

Médico Anestesiólogo del Hospital American British Cowdray, México, D.F. Profesor de Ética Médica. Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correspondencia: Gelati 101 Dpto. 202A Col. San Miguel Chapultepec CP 11850 México D.F.

manera: a) Individual: para mejorar la relación médico-paciente; b) General: para propiciar la responsabilidad social en atención a la salud.

Los deberes y derechos con base en la ética y la moral (documentos deontológicos) regularon el ejercicio de la profesión médica desde hace más de cuatro mil años, ejemplo de ello son: El código de Hammurabi. "La carta de Esculapio a su hijo" y el juramento de Hipócrates, que fueron soporte durante siglos.

En los últimos cincuenta años códigos y declaraciones han consolidado los derechos humanos del paciente, debido al advenimiento de técnicas invasivas y tratamientos que propician dilemas ético-médicos. Paralelamente, a través de la Legislación sanitaria con la Ley general de salud y la Ley de profesiones del Código penal, interviene la jurisprudencia y reglamenta los retos y las perspectivas de la responsabilidad profesional del médico como: terapeuta, investigador y educador³.

Agregando a lo anterior que la autonomía es una de las más valiosas características del ser humano, como su habilidad para expresar y desarrollar sus propios deseos⁴, la autonomía del médico debe estar cimentada en una conciencia moral y legal, que pondrá en práctica al atender a cada paciente⁵.

De lo contrario, cuántas normas, principios y valores se ven transgredidos por: manuales de procedimientos, indicadores estadísticos, el incremento de expedientes o el interés en investigaciones sin consentimiento⁶.

En cuanto al paciente, el concepto ideal de autonomía es que el individuo decida sin presiones externas, con información verdadera y accesible, como sujeto racional y libre y exprese su autodeterminación para recibir atención médica⁷, esto será tomando en cuenta sus valores, cultura, calidad de vida y expectativas.

La autonomía puede variar dinámicamente: Ser completa cuando existe conocimiento y comprensión o quedar reducida o incluso anulada temporalmente como en el caso del paciente en estado de coma⁸.

Esta reducción de la autonomía puede ser provocada por: **factores internos**: patología orgánica neurológica, psiquiátrica, farmacodependencia, incompetencia para aceptar su enfermedad, así como tratamientos que provocan: dolor, sufrimiento, depresión, incertidumbre, o por **factores externos**: situaciones sociales, valores, cultura, religión, escolaridad, economía; por lo que la autonomía así como la competencia del paciente puede estar reducida por factores internos (patología orgánica) o

factores externos (situaciones sociales) a pesar de lo cual los documentos de consentimiento informado que firman los pacientes al ingresar al hospital ¿pueden servir como protección legal?

El real consentimiento informado se establece por el diálogo entre el médico y el paciente, y aún cuando puede ser manipulado por coerción o persuasión debemos confiar en que el médico tiene método para presentar al paciente la información, la cual debe ser suficiente y concreta, pero no exhaustiva, porque en momentos críticos suele ser impráctica y frustrante, lo mismo que aquella que minimiza los riesgos⁹.

No dar información es una forma de manipulación. La ignorancia puede ser tan peligrosa como la mala información¹⁰. La percepción del riesgo - beneficio es individual. Frecuentemente tiene que ver con los conocimientos y antecedentes que se acumulan en cada individuo provocando diferentes niveles de ansiedad.

Con respecto a la anestesia los pacientes refieren: miedo por no despertar, despertar durante la cirugía y sentir dolor y a las complicaciones postoperatorias como: náuseas, mareo, dolor de espalda y depresión.

Cuando el médico anestesiólogo se enfrenta al caso concreto de un paciente, bajo el principio de beneficencia, puede: aplicar en su relación el modelo paternalista y plantear de manera persuasiva lo que el paciente necesita, o el modelo de autonomía dando alternativas en cuanto al riesgo - beneficio y dejar que el paciente decida.

Estos dos modelos pueden aplicarse alternativamente pues no son contradictorios ni excluyentes y si necesarios, según el nivel de autonomía y competencia que cada paciente tenga.

MATERIAL Y METODOS

El Consentimiento que habitualmente firman los pacientes en todos los hospitales cuando son internados, no siempre está sustentado en el proceso de información que se establece a través de la relación médico-paciente y que debe expresar su autodeterminación para recibir el tratamiento médico.

Frecuentemente la ignorancia, el temor o la falta de alternativas los obliga a aceptar el manejo, particularmente del anestesiólogo, que es seleccionado por su cirujano.

Para demostrar la frecuencia con la que los pacientes son informados antes de firmar el consentimiento, se efectúa ésta observación

estructurada con la entrevista a sesenta pacientes, cuarenta y cinco anestesiólogos y cuarenta y cinco cirujanos en un hospital privado y dos hospitales Institucionales del Sector Salud.

Los resultados pueden tener sesgo ya que no se corrobora lo que se dice con lo que se hace, sin embargo la libre respuesta permite inferir a través de porcentajes: En los pacientes: su grado de autonomía, la comunicación lograda antes de autorizar su consentimiento informado y concepto de la anestesia antes y después de la cirugía. En los anestesiólogos: comunicación con su paciente pre- y postoperatoria y preferencias respecto a modelos de atención. En los cirujanos: preferencias respecto a modelos de atención, en su actuar cotidiano y como eventuales pacientes, y su forma de evaluación del procedimiento anestésico por comentarios del paciente.

RESULTADOS

Sin importar el tipo de institución donde fueron atendidos el 45 % del total (27 pacientes) controló sus decisiones porque la información que recibieron permitió la comunicación y les dio confianza y seguridad.

El 55 % (33 pacientes) se vio presionado en su autodeterminación por diferentes razones, su comportamiento frente a la cirugía, consecuente a la información recibida se clasificó de acuerdo a tres respuestas: a) sintieron temor; b) no pensaron en el riesgo y c) no tenían alternativa.

El consentimiento informado para el manejo anestésico lo autorizaron los pacientes después de conocer el riesgo-beneficio y expectativas en el 95% de los casos del hospital privado.

En los hospitales institucionales del Sector Salud, recibieron información antes de firmar el documento para ese fin 50% de pacientes con cirugía electiva y 40% con cirugía de urgencia.

Los antecedentes previos con respecto a la anestesia para el total de pacientes fue: desagradable en el 55% de los casos; ignorados para el 28% y agradables para el 17% debido a experiencias personales previas satisfactorias. La opinión actual sobre la anestesia es buena, pero en ambos tipos de hospitales, muy pocos pacientes recordaron el nombre del anestesiólogo.

Los cirujanos entrevistados mostraron francas diferencias. En la atención privada predominó el modelo de autonomía y en el hospital de urgencias del sector salud el modelo paternalista.

DISCUSION

Las condiciones socioeconómicas y culturales del paciente así como la circunstancia de urgencia que motiva la cirugía son determinantes para que el médico pueda aplicar el modelo paternalista o de autonomía, por lo que: 1.- El anestesiólogo debe actuar de acuerdo a su competencia tecno - científica y reflexionar permanentemente en el nivel de autonomía de cada paciente, aplicando el modelo paternalista o el modelo de autonomía de acuerdo a las necesidades del paciente para lo que se propone el siguiente criterio con respecto a la autonomía del paciente que será sujeto a cirugía: Autonomía Controlada a los pacientes con mínima restricción, que al enterarse que requerían el procedimiento anestésico-quirúrgico mostraron confianza y autodeterminación para aceptarlo. (45 % en éste estudio. En el proyecto de demandas cerradas de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), se revisaron 3,269 expedientes reunidos a través de 11 años, el consentimiento informado se encontró registrado en 1,984 casos (61%)¹¹). Este tipo de pacientes pueden ser ampliamente informados. Autonomía Reducida los pacientes que aceptaron el procedimiento sin autodeterminación y presionados por las circunstancias (55 %). Requieren mas orientación y apoyo en la comunicación. Autonomía Ausente (este grupo no incluido en ésta investigación), lo integran los pacientes con pérdida de la conciencia, que requieren cirugía, autorizada por familiares (politraumatizado, neuroquirúrgico, donador de órganos con muerte cerebral, y menores de edad). 2.- Bajo el principio de beneficencia, el anestesiólogo puede aplicar el modelo paternalista o de autonomía alternativamente ya que no son contrarios ni excluyentes, lo cual dependerá de la respuesta de cada paciente. 3.- El anestesiólogo debe promover la información sobre la anestesiología y su actuar para aumentar la responsabilidad social en atención a la salud, antes de las situaciones de urgencia que disminuyen la competencia del paciente e incrementan su ansiedad al recibir la información con poco tiempo para asimilarla.

La comunicación de los anestesiólogos con el paciente depende de la circunstancia que motiva la cirugía, las emergencias limitan substancialmente la relación anestesiólogo - paciente. Las preferencias de los anestesiólogos, respecto a los modelos de atención, manifiestan la necesidad de adaptarse a las características del paciente, es decir, a su nivel de autonomía. Sin embargo, en el hospital institucional

oficial existe la tendencia hacia el paternalismo, particularmente en el que se manejan urgencias.

La relevancia a la evaluación postanestésica propiciará un recuerdo positivo del procedimiento, en el paciente. Por eso es deseable que se incremente en todos los casos.

En el momento de ser entrevistados y con autonomía completa a los mismo cirujanos, se les sugirió se pensarán como pacientes eventuales, y dieron respuestas alternativas para ser tratados con los dos modelos; lo que sugiere la dificultad que implica el uso de un solo modelo. La evaluación del proceso anestésico por los cirujanos se da cuando el paciente lo propicia.

COMENTARIOS

El desarrollo del anestesiólogo como investigador y como educador se dará al promover a nivel particular y general la información sobre la anestesiología y la actividad del anestesiólogo en los diferentes niveles de quien le escucha:

1. Al público en general a través de divulgación explícita clara y sencilla con trípticos en hospitales, boletines o exposición en murales y sesiones de grupo organizadas en conjunto con trabajo social.
2. Informar individualmente al paciente en evaluación preoperatoria oportuna, idealmente cuando se propone la cirugía, a través de comunicación veraz, precisa y decisiva, obteniendo el consentimiento informado con la autodeterminación de cada paciente, o de su familia cuando fuera necesario.
3. Información al grupo médico compartiendo: a)

Sesiones interdisciplinarias con evaluación de casos; b) Comité de ética intra-hospitalario con evaluación de dilemas ético - médicos; c) Conciliación de situaciones legales y morales para proponer regulación de leyes y normas.

La Ética y la Jurisprudencia son las únicas CIENCIAS NORMATIVAS. El sistema jurídico no puede resolver problemas nuevos sin un sustento de información, dado por los expertos.

REFERENCIAS

1. Shewender D. Conscious and unconscious acoustic perception during general anesthesia. *Anesthesist* 1991; 40:11: 583-593.
2. Sebel P. Are Our Patients Listening? *ASA Newsletter*. 1994;58:10:7-9
3. Reglamento de la Ley General de Salud. Diario oficial de la Federación. 6 de enero de 1987; 13 - 24.
4. Van Norman G. Ethics of informed Consent *ASA Newsletter* 1994; 58:8 : 15 - 17.
5. Moctezuma BG. Retos y perspectivas de la responsabilidad del Médico. *Memorias. UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, México* , Julio 12, 1994.
6. Lifshitz A, Trujillo D. Los derechos humanos del paciente hospitalizado. *Comisión Nacional de Derechos Humanos, México*, 1992; 10 - 13.
7. Palmer S. The importance of Bioethics for Anesthesiologist. *ASA Newsletter*, 1994; 58:8 : 6 - 9.
8. Beauchamp TL y Mc Cullough LB. Autonomía reducida, Competencia disminuida, en *Ética médica* . Ed. Labor, Barcelona, España, 1984. 125 - 148.
9. Beauchamp TL y Mc Cullough LB. Paternalismo médico, en *Ética médica* . Ed. Labor, Barcelona, España, 1984. 93 - 121.
10. Lipp M. Different information patterns and their influence on patient anxiety prior to dental local anesthesia . *Dtsch Z Mund Kiefer*, 1991;15:6:449 - 457.
11. Caplan RA. Informed Consent in Anesthesia Liability: Evidence from the claims project. *ASA Newsletter* 1995; 59:6 9-12.