



CONFERENCIAS MAGISTRALES

Vol. 40. Supl. 1 Abril-Junio 2017

pp S365-S368

Dilemas éticos y toma de decisiones en anestesia

Dr. Uriah Guevara-López*

* Médico Anestesiólogo y Algólogo. Medicina del Dolor y Paliativa. Doctor en Ciencias (Bioética)

*Cada uno ha sido fabricado para un trabajo particular
y el deseo de ese trabajo ha sido puesto en el corazón.*

RUMI

Desde tiempos remotos el hombre ha regido su comportamiento por normas elementales, opiniones de notables o emociones acorde a su hábitat y evolución social dando origen al nacimiento de la moral y ética, vocablos de raíces etimológicas distintas pero que comparten el mismo significado.

Con el natural desarrollo, ambas disciplinas evolucionaron convirtiéndose la primera en la práctica de reglas y cumplimiento de deberes de las distintas áreas de la conducta humana y la ética por su lado, se transformó en la filosofía y ciencia de la moral, que regula, pauta y norma al individuo y colectividad y la toma de decisiones morales en el marco de una ética general para la vida; sin embargo, la complejidad, diversidad y evolución del conocimiento ha propiciado la emergencia de éticas especializadas en diversas ramas.

Desde hace cerca de dos mil años el Código de Hammurabi ha regido de una forma o de otra las decisiones médicas, uno de los 11 párrafos relacionados con la medicina, manifiesta la sentencia «ojo por ojo y diente por diente», para los casos de actuación médica incorrecta, así como la asignación justa de honorarios acorde al servicio y clase social de la persona enferma. Tiempo después las aportaciones de Esculapio, Hipócrates y Percival sientan las bases de una práctica clínica y de la relación médico-paciente basadas en un comportamiento ético y moral.

Imposible referirse a la Ética Médica contemporánea sin recordar las atrocidades cometidas en pro de la investigación científica en las dos Guerras Mundiales que dieron origen al Código de Nuremberg en 1947, Helsinki y la reciente Carta General de los Derechos Humanos que permitieron en 1970 el nacimiento de la ciencia de la vida y de los valores humanos la «Bioética», en forma categórica las contemporáneas aportaciones de Beauchamp y Childress que dieron origen

al principalismo Bioético, de gran influencia en las ciencias biomédicas actuales.

El acto médico desde sus orígenes dio fe de la complejidad de la relación médico-paciente y de los cotidianos dilemas del equipo de salud y su solución mediante profundo discernimiento⁽¹⁾. Por otra parte la denominación de paciente «el que sufre la acción» se ha convertido en la persona enferma que al ejercer su autonomía pasa a ser un agente moral activo y el auténtico centro de atención del acto médico a tal grado que su autodeterminación y plenificación son un imperativo ético para la medicina contemporánea.

En este entorno el anestesiólogo ha pasado de espectador a primer actor en temas bioéticos como la interdisciplinariedad, negación y renuncia a la atención médica, objeción de conciencia, consentimiento informado, voluntad anticipada, administración o no de sangre y derivados, retiro o no de soporte vital, solicitud o no de reanimación, futilidad, doble efecto farmacológico, aborto, empleo de células madres, fertilización *in vitro*, intervencionismo, solicitud de suicidio asistido o eutanasia activa, etcétera.

DEL PRINCIPIALISMO A UNA ÉTICA DE MÁXIMOS

La alta ocurrencia de situaciones dilemáticas durante la práctica anestésica permite un análisis detallado de los dilemas éticos ocurridos durante el perioperatorio, particularmente ante la actual exigencia de brindar atención integral de calidad con calidez. En este período el profesional de la anestesia puede encontrarse ante la disyuntiva de autorizar o suspender un procedimiento quirúrgico, independientemente de que el estado físico o comorbilidades planteen las mismas posibilidades de supervivencia, éxito o fracaso. Algo semejante ocurre con la decisión de retirar o no la medicación habitual o de anticoagulantes ante el riesgo de sangrado transoperatorio, en estos casos contar con un consentimiento debidamente

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

informado o un documento de voluntad anticipada permite una correcta decisión.

Durante la práctica clínica hay que distinguir entre dilemas éticos, técnicos y legales, ya que su confusión lleva actitudes defensivas, lucrativas o paternalistas ampliamente difundidas en la medicina contemporánea. De igual forma un rigor deontológico excesivo (deber ser) propicia actitudes orientadas a la observancia de lineamientos, parámetros, normas o leyes que van apartando al clínico de su vocación humanista⁽²⁻⁵⁾.

Existen numerosos reportes respecto a la controversial transfusión sanguínea en anestesia pese a que su empleo ha salvado muchas vidas, las diferencias religiosas hacen que el médico enfrente un gran conflicto de valores cuando atiende a pacientes que por sus creencias se niegan a recibir una transfusión para salvar la vida. Tal es el caso de los Testigos de Jehová, quienes en obediencia a mandatos bíblicos rechazan la transfusión de sangre alogénica total o fraccionada, así como la sangre autógena que haya sido separada de su cuerpo (donación preoperatoria).

La difícil situación generada por la negativa a recibir sangre en un momento en el que peligra la vida, hace que el anestesiólogo enfrente un complejo dilema ético ante el deber de salvaguardar la vida del paciente o respetar su libertad religiosa. En estos casos resulta de gran ayuda el consentimiento informado, en el cual los pacientes proporcionan una directriz que exonera anticipadamente al médico de la responsabilidad ante cualquier daño posible.

Según la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), son estos especialistas los que aplican más de la mitad del total de sangre administrada medicamente, por lo que su correcto empleo pasa por un adecuado discernimiento y soluciones disponibles, tanto en el plano ético como en el profesional. Se ha reportado que toda relación médico-paciente está basada en los principios morales de la ética médica y justicia distributiva que obliga a proporcionar equitativamente atención médica y que ésta sea proporcionada evitando privilegios terapéuticos de cualquier índole.

Por otra parte la práctica común de solicitar innecesariamente varias unidades de sangre ante el potencial riesgo de sangrado quirúrgico puede derivarse a un dilema ético además de contribuir con el lucrativo comercio de sangre en el que se extraen anualmente más de 90 millones de unidades, equivalentes al volumen sanguíneo de 8 millones de personas, tal situación permitió al Centro de Bioética de la Universidad de Pensilvania declarar que la sangre es para la medicina lo que el petróleo es para el transporte.

Un renglón menos estudiado es el abandono parcial del paciente anestesiado al delegar su cuidado a personal en entrenamiento. Otra asignatura pendiente es el desinterés por los pobres estándares educativos de muchos programas de estudios de la especialidad que desembocan en la formación de profesionales con perfil insuficiente para tratar eficazmente

a pacientes con riesgo elevado, ambos casos hacen pensar que existen dilemas más allá de la práctica clínica.

El período postoperatorio puede parecer el menos propicio para la presentación de dilemas éticos, sin embargo, en esta etapa se reportan dilemas como: la no reanimación, retiro de apoyo vital, doble efecto con los analgésicos opiáceos, alta de recuperación anestésica o alta domiciliaria, sedación o no de pacientes con enfermedades avanzadas o incurables sólo por mencionar algunos ejemplos de estas disyuntivas. Esta situación obliga a reflexionar respecto a las medidas que pueden ser o no intrínsecamente correctas y hasta dónde nuestro proceder es éticamente admisible o justificable, más aún en un clima laboral en donde en todo momento un paciente competente e informado tiene el derecho moral y legal de aceptar, rechazar o refutar los procedimientos anestésicos propuestos o administrados.

Si partimos del hecho que la bioética es la ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas, salud y áreas relacionadas fundamento, en el principio de Beauchamp y Childress, rigiendo en las últimas décadas la práctica clínica basada en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Recientemente debido a los vertiginosos cambios tecnocientíficos del siglo XX y lo que va del XXI se han incorporado valores basados en la ética de la virtud o ética de máximos como la amabilidad, bondad, caridad, solidaridad, respeto individual y derechos como la privacidad, libre elección, intimidad (confidencialidad), veracidad de la información, etcétera⁽³⁾.

En este contexto, debido a que la mentira crea desconfianza en el enfermo y erosiona la confianza, parte medular de la relación médico-paciente, han proliferado actitudes paternalistas limitantes de la autonomía de la persona enferma. La persuasión del paciente basada en una supuesta beneficencia, argumentando que la prevención de cualquier daño o peligro es mayor que el daño potencial, interfiriendo con la autodeterminación y libertad de elegir entre un procedimiento anestésico u otro.

En este punto, vale la pena diferenciar el consentimiento informado⁽⁴⁾ de la autorización que tradicionalmente se utiliza en el ámbito médico, esta última es sólo una suscripción del documento que permite realizar el acto quirúrgico que no contempla las alternativas diagnóstico-terapéuticas, posibles riesgos y complicaciones potenciales.

En cambio el consentimiento informado contempla el respeto a la voluntad del enfermo para adoptar una decisión racional y correcta una vez informado claramente respecto a su padecimiento, alternativas diagnósticas o terapéuticas, molestias, potenciales complicaciones, secuelas, riesgos inherentes, ventajas o desventajas a efecto de decidir en forma consciente, libre y responsable lo que considera mejor opción.

Sedación paliativa

La compleja naturaleza e implicaciones de la sedación paliativa en pacientes no curables propician una falta de uniformidad respecto a su pertinencia. Cuando un anestesiólogo es requerido para dar su opinión o para administrarla por no existir personal especializado o por contar con ambas especialidades, puede experimentar diversos dilemas a lo largo de la atención paliativa máxime porque en estos casos el objetivo primordial no es salvar a toda costa la vida, sino preservar la mejor condición de vida posible al controlar el dolor o los múltiples síntomas que lo acompañan.

Los principios éticos que guían la práctica médica en estos pacientes se basan en evitar el abandono u obstinación terapéutica, observando los cuatro principios fundamentales: a) **beneficencia**, entendida como la obligación de los profesionales de la salud de hacer el bien a toda costa respetando la, b) **autonomía**, evitando acciones inadecuadas o fútiles causantes de mayor daño, c) **La no maleficencia**, entendida no solamente como no provocar daño evitando la negligencia; d) **falta de atención**, descuido o abandono, e) el principio de **justicia**, implica ofrecer las mismas oportunidades a los pacientes, con base en el reparto equitativo de recursos y proporcionalidad^(5,6).

Basados en estos principios la sedación paliativa es éticamente permisible en un intento de paliar devastadores síntomas sin adelantar ni atrasar la muerte y ante la posibilidad de sufrimiento innecesario y corta expectativa de vida, atendiendo con respeto la opinión transdisciplinaria y voluntad del paciente y la familia.

Como puede apreciarse, la mayor parte de publicaciones reportan que los dilemas éticos más frecuentes se relacionan con la dificultad de informar el diagnóstico y pronóstico, a este respecto se ha propuesto que el empleo de un buen método de discernimiento puede facilitar la toma de decisiones correctas, a continuación se exemplifica esta práctica utilizando el método Integral^(5,6).

CASO CLÍNICO

Dilema: *¿Debo o no informar al paciente su diagnóstico y tratamiento sin ser el médico tratante?*

Cuál es el hecho: “**Claudia**” C, niña de 14 años, con hipoxia al nacimiento por traumatismo craneoencefálico y Sx. de Turner. Inicia dolor intenso, localizado, sordo y progresivo en rodilla derecha, que se incrementa con la deambulación. Tres meses después aparece tumefacción en región medial de esta rodilla que evoluciona a tumoración de crecimiento progresivo por lo que amerita tratamiento hospitalario. Por dolor intenso EVA 8/10 es interconsultada por anestesiólogo algólogo, indicando esquema analgésico. Se efectúa biopsia incisional transoperatoria reportándose osteosarcoma con-

droblástico y osteoblastico de fémur por lo que se envía a oncología para quimioterapia.

Es contra-referida al servicio de tumores óseos para tratamiento excisional previa angiotac y resonancia magnética nuclear, la que reporta compromiso de paquete vascular, partes blandas hasta tercio proximal de fémur. Se reenvía a la clínica del dolor para tratamiento integral en donde se inicia apoyo psicoafectivo. El Ortopedista decide la desarticulación de miembro pélvico derecho y se programa para cirugía, el Servicio de Cuidados Paliativos evalúa y da cita abierta y ofrece seguimiento vía telefónica.

Origen del dilema: Al preguntar a **Claudia (C)** cómo se siente en relación a su próxima cirugía, responde *¿qué me van a hacer?, ¿sólo me van a quitar un pedazo de lo malo, verdad?* **Médico (M)** Aunque conozco el diagnóstico clínico, reporte histopatológico y el procedimiento quirúrgico a realizar, me pregunto si como interconsultante para controlar el dolor tengo la capacidad moral para decirle el diagnóstico, pronóstico y alcance de la cirugía, sin ser el médico tratante y responsable del caso.

¿Cuál es el bien que se busca? Preservar la vida e informar el diagnóstico y procedimiento quirúrgico, evitando mayores trastornos.

¿Quiénes son los beneficiarios del bien? **Claudia**, su madre y personal de salud.

¿Quiénes son los actores principales? **Claudia**, la madre y médico tratante.

Diferencias de los dilemas éticos de problemas médicos, técnicos, científicos y legales: Este dilema es principalmente ético, ya que responde al sentido de procurar el bien y felicidad de **C**; sin embargo, el no informar claramente el médico tratante la magnitud de la cirugía y sus consecuencias para la función puede convertirse en un dilema legal.

Red de apoyo: Madre, hermanos y madrina.

Informe de la trabajadora social, familiograma: madre y dos hermanos, padre fallecido.

Recursos financieros: proveedor la madre y pensión por muerte paterna.

Toma de decisión: **M.** Evité decirle directamente el tipo de procedimiento quirúrgico a realizar, aunque lo comenté como posible opción. Le expresé que entendía y me solidarizaba con su sentimiento, expliqué que es fundamental preservar la vida antes que la función y que **C** contaba con valores personales que van más allá de la integridad corporal y que le permitirían disfrutar de la vida adaptándose a las nuevas circunstancias.

Resultados:

C Expresó con llanto su pesar y que estaba bien, que aceptaba la posibilidad de la amputación o desarticulación en caso necesario.

M. Me sentí incómoda por no decir claramente la verdad y por ignorar la respuesta correcta a la tan difícil pregunta.

Análisis ético: utilitarista: el mayor beneficio fue informar al paciente en qué consistía el procedimiento quirúrgico (desarticulación) y que se efectuaba para salvar la vida, aunque éste tiene escasas posibilidades de adaptar una prótesis y que con muletas podría deambular.

Al desarticularla se preserva temporalmente la vida y desde el punto de vista de costo-riesgo-beneficio se evitan gastos mayores de hospitalización prolongada.

Deontológico: se informó a **C**, familiares y personal de salud el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, según marca la normativa institucional y las buenas prácticas médicas con el propósito de fortalecer su autonomía y toma de decisiones presentes y futuras.

Aretológico: **M.** Preparé a **C** y familiares para recibir apoyo integral de las áreas física, psicoafectiva y espiritual.

Se fortaleció la confianza y relación médico-paciente y sensibilizó para que en lo sucesivo reciba y solicite información médica oportuna que brinde certidumbre respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamientos futuros (médicos, quimioterapia, radioterapia, terapia física, etcétera).

Se inició educación para recibir y procesar malas noticias respecto al pronóstico y aceptar con autonomía y conciencia

la terapéutica ofrecida, pérdidas orgánicas, emocionales y para adaptarse al nuevo estilo de vida.

Se brindó ayuda de medicina psicológica para la elaboración del duelo ante la pérdida orgánica y eventualmente la vida. Se fortaleció su autonomía para la toma de decisiones consciente y responsables para proyectar y aceptar el cambio de su estilo de vida.

Se insistió en los valores intrínsecos de la persona como la autotranscendencia y plenificación del amor y la proporcionalidad, y de las virtudes y valores de la medicina como la beneficencia, verdad, solidaridad, compasión y que el actuar médico es bueno si se perfecciona, si planifica su naturaleza inherente al que actúa.

Al fortalecer la autonomía de **C** y del **M** existirá un perfeccionamiento acorde con la vocación de servicio dando prioridad a la sindéresis, integridad, proporcionalidad y la virtud^(6,7).

Como puede apreciarse el método integral permite al médico anestesiólogo elaborar un discernimiento ético del dilema de comunicación planteado en casos lamentables pero frecuentes como el de **C** y que a su vez brinda la oportunidad de acercarnos a pacientes vulnerables y con sufrimiento, lo cual pone a prueba las altas miras del anestesiólogo tornándose un imperativo ético^(6,7).

REFERENCIAS

1. Laín EP. La relación médico-enfermo en la Grecia clásica. La relación médico-enfermo, Alianza Ed. Madrid 1983, pp. 58s.70s.83.155-158.
2. Guevara-López U, Altamirano-Bustamante MM. La bioética en la medicina del dolor y paliativa. En: Altamirano-Bustamante MM, Garduño-Espinoza J, García-Peña MC, Muñoz-Hernández O (eds.). Ética clínica: Una perspectiva funcional. Editorial Corinter. México. 2006.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 5^a edición 1999.
4. Sánchez BJ. Voluntad anticipada. Ed. Porrúa, México, 2012, pp. 5-22.
5. Altamirano BN, Bobadilla A, Altamirano BE, Garduño EJ, Ávila OM, Muñoz HO y cols. ¿Cómo prepararnos para la deliberación ética en la práctica clínica en pediatría? Bol Med Hosp Infant Mex. 2010;67:188-195.
6. Guevara-López U, Altamirano-Bustamante M, Viesca-Treviño C. New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. BMC Medical Ethics. 2015;16:11.
7. Kaczmarczyk J, Szpringer M. Bioethical dilemmas on medical grounds-psychological perspective. Medical Studies, 2017;33:67-72.