



Bioética en anestesiología

Dr. Raúl Carrillo-Esper,* Dr. Miguel Ángel Zavala-González,** Dra. Sonia López-Flores***

* Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía.

Jefe de División de Áreas Críticas del Instituto Nacional de Rehabilitación «Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra».

** Residente de tercer año de Anestesiología, Hospital Regional «Lic. Adolfo López Mateos» ISSSTE.

*** Residente de tercer año de Anestesiología, Hospital Fundación Médica Sur.

BIOÉTICA EN ANESTESIOLOGÍA

La bioética proviene de dos términos griegos «*bios*» y «*ethike*» que significan vida y ética entendiéndose como la ética de la vida. Los conceptos de ética en medicina fueron introducidos por John Gregory en el siglo XVIII⁽¹⁾.

En 1971 el biólogo, filósofo y oncólogo Van Rensselaer Potter de la Universidad de Wisconsin propuso el término de Bioética para titular su libro «La Bioética, un puente hacia el futuro», con esto se inició la disciplina en los primeros centros de Bioética en Estados Unidos de América con el *Kennedy Institute of Ethics* y en Europa, específicamente en Barcelona, con el Instituto Borja de Bioética⁽²⁾. Sin embargo, el primer documento en donde se utilizó la palabra bioética data de 1927, cuando Fritz Jahr publicó el artículo «Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas» en la revista *Kosmos*⁽³⁾.

En 1979, Tom Beauchamp y James F. Childress publicaron «Los principios éticos de la Biomédica» que a la fecha siguen considerados como una de las publicaciones más importantes para discusiones Bioéticas por su base para los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto de la autonomía⁽⁴⁾.

La evolución médica en el último siglo ha traído a la luz retos sociales que requieren soluciones. Algunos hechos de la historia han impactado y obligado a la necesidad de discusiones éticas; ejemplo a resaltar la Segunda Guerra Mundial, siendo el precedente de estas discusiones el Código de Núremberg, que estableció por primera vez las reglas para la investigación en seres humanos⁽⁵⁾. La medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades, por lo cual el médico jamás puede deshumanizarse en nombre de la ciencia, porque la ciencia existe por y para el hombre y para la protección de su hábitat.

Desde 1970, México se ha esforzado por institucionalizar el desarrollo de la bioética. Como resultado se fundaron la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) en 1992, la Academia Nacional Mexicana de Bioética en 1995 y el Colegio de Bioética en 2003. La CONBIOÉTICA es una institución nacional, plural, laica e incluyente, con autonomía técnica y operativa⁽⁶⁾.

DEFINICIÓN Y OBJETIVO DE LA BIOÉTICA

De acuerdo con la «*Encyclopedia of Bioethics*», la Bioética se define como: «El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales»⁽⁷⁾.

La escuela latinoamericana de Bioética contempla a la bioética como una disciplina integradora de distintos campos de conocimiento, instituciones y personas, que denota la renovación del esfuerzo comprensivo en torno a lo humano y cuyo sustento ético frente a los cuidados de la salud, el entorno, la investigación, la formación profesional y técnica, la difusión pública de informaciones y actitudes, se da a través de procesos dialógicos que garantizan su legitimidad bajo premisas de equidad, justicia y solidaridad social⁽⁸⁾.

De acuerdo a Postigo, un concepto integral de bioética sería el estudio sistemático e interdisciplinario de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema⁽⁹⁾.

El objetivo de la Bioética de acuerdo al Hastings Center (1969) y al Instituto Kennedy es: «Animar al debate y al diálogo interdisciplinario entre la medicina, la filosofía y la ética».

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

PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Los principios fundamentales de la bioética de acuerdo al Informe Belmont son⁽¹⁰⁾:

1. Beneficencia, donde se refiere a proteger y promover los intereses del paciente para darle bienestar y eliminar el daño⁽¹¹⁾.
2. No maleficencia, está basado en el dicho «*primum non nocere*» (primero no hacer daño) este promueve evitar hacer daño al paciente directamente o por la falta de acción, tiene la cualidad de que al actuar contra este principio tiene un castigo moral y legal en la modalidad de delito culposo o delito doloso⁽¹²⁾.
3. Autonomía, definida como el reconocimiento de cada individuo a tener sus propias opiniones, ser capaz de tomar sus propias decisiones y determinar su destino según sus valores, cultura, expectativa y creencias, tiene como característica que para poder ejercerla se requiere libertad y racionalidad⁽¹³⁾.
4. Justicia, este principio difícil de definir y aplicar es referido por Rawls quien es el creador de la justicia contractual como equidad, entendiéndose la justa distribución universal de los cuidados de la salud⁽¹⁴⁾.

Actualmente se ha añadido otro principio que sea incluyente con las necesidades de una población como México, la Solidaridad. En el contexto de la Bioética médica se describe como la compresión y el apoyo social que se le da al enfermo por parte del médico a través de la relación médico-paciente y puede existir a distintos niveles, interpersonal, institucional o legal.

EL ANESTESIÓLOGO Y LA BIOÉTICA

La anestesiología de acuerdo a la definición de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) es la práctica de la medicina dedicada al alivio del dolor (agudo o crónico) y al cuidado del paciente quirúrgico antes, durante y después del acto quirúrgico. Sin embargo, habría que añadir los cuidados del enfermo sometido a sedación en procedimientos dolorosos no quirúrgicos, el soporte del paciente crítico y la participación en cuidados paliativos al final de la vida. Es muy importante mencionar que todo esto se complementa con dos aspectos inseparables en el ejercicio de la profesión: la docencia y la investigación.

La anestesiología como especialidad de la medicina encargada del bienestar debe ser ejercida bajo los principios de la bioética. El ejercicio cotidiano del anestesiólogo exige los conocimientos básicos de la bioética para actuar de manera profesional. En 1967 la ASA adoptó guías éticas para la práctica de la anestesiología, que fueron renovadas el 14 de

octubre de 1987. Estas guías están enfocadas a la relación del médico con el paciente, la institución y el personal donde labora⁽¹⁵⁾.

Actualmente, cuestiones epistemológicas, ontológicas, de reproducción asistida, genética, universalización de servicios sanitarios y principalmente la crisis del concepto paternalista de beneficencia médica, que culminó con la promulgación de la Carta de los Derechos de los Enfermos, publicada en 1972, han cambiado las normativas a seguir para el tratamiento y/o realización de procedimiento en el perioperatorio por parte del Anestesiólogo.

La Casuística es un método de discusión de dilemas éticos, en el que se organiza la inteligencia a través del discurso⁽¹⁶⁾. La casuística se practica desde el siglo XV, interpreta los problemas morales empleando procedimientos de razonamiento basados en paradigmas y analogías hasta formular una opinión calificada en términos de normas generales pero no universales ni invariables.

Recordemos que el ejercicio de la anestesiología no sólo implica los conocimientos teórico-prácticos, sino que es una especialidad obligada también a la práctica de la bioética, a través del desarrollo de una cultura ética en los hospitales donde se reconozcan los dilemas éticos, se realice el discernimiento ético a través de la reflexión, saber actuar y encarar los conflictos éticos cambiantes de la medicina moderna y enseñar todo esto a residentes y colegas implicados en la anestesiología.

Ya se ha señalado, que las Sociedades, Colegios, Consejos y demás organizaciones gremiales de la anestesiología mexicana han centrado sus tareas principalmente a la transmisión de conocimiento tecnológico y científico, imitando a otras sociedades internacionales, pasando por alto el valor humanístico que otorga el conocimiento bioético dentro de la especialidad, que sin duda, motivaría a los jóvenes anestesiólogos a la práctica de su profesión con mayor calidad y honradez⁽¹⁷⁾.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA APlicados a la anestesiología

Los principios fundamentales de la bioética tienen un extenso campo de aplicación en la práctica de la anestesiología:

a) Beneficencia

Beneficioso es aquello que una persona considera como tal, de acuerdo a sus creencias y valores, el paciente tiene el derecho a obtener el mayor beneficio al menor riesgo posible. Diversos escenarios de la práctica cotidiana de la anestesiología se sustentan en este principio. Como ejemplo podríamos tener a la cricotiroidotomía de urgencia ante vía área imposible, en donde a pesar de ser un procedimiento que implica un riesgo inherente el beneficio es mayor.

b) No maleficencia

Establece la prioridad del interés del ser humano y de su vida, por encima de cualquier otro interés, social o colectivo. No aliviar el dolor pudiendo hacerlo atenta contra el principio de no maleficencia.

La competencia profesional es fundamental para no incurrir en la no maleficencia pues es la garantía que protege al paciente contra el daño que no está obligado a soportar.

c) Autonomía

Para el ejercicio de la práctica profesional del anestesiólogo es obligatorio actuar en todo momento con el principio de autonomía de cada paciente con el objetivo de propiciar la responsabilidad social en atención a la salud y mejorar la relación médico-paciente.

La autonomía es una de las más valiosas características del ser humano, ésta puede variar dinámicamente, ser completa cuando existe conocimiento y compresión o quedar reducida o incluso anulada temporalmente como en el caso del paciente en estado de coma⁽¹⁸⁾.

Los motivos que pudiesen limitar el principio de autonomía se dividen en:

1. Factores internos: patología orgánica neurológica, psiquiátrica, farmacodependencia, incompetencia para aceptar su enfermedad.
2. Factores externos: situaciones sociales, valores, cultura, religión, escolaridad, situación económica.

Entendido esto, es de esperarse que la autonomía sea dividida en dos modelos:

- **Modelo paternalista:** se refiere a la atención del médico en función de lo que es bueno para el paciente, la autoridad del médico asume la decisión y el paciente acepta la indicación sin recibir explicaciones. Este paternalismo excepcional frente a un paciente inconsciente o incapaz de hacerse entender, no anula el conocimiento previo de la técnica anestésica propuesta para un procedimiento quirúrgico determinado o investigación. Existen situaciones cotidianas donde el Anestesiólogo puede decidir inmediatamente por el riesgo de existir un daño irreparable.
- **Modelo autónomo:** es este necesario para que el anestesiólogo promueva en el paciente la comprensión de la situación, plantea opciones y exponga las consecuencias de toda intervención estableciéndose la base de la relación médico-paciente.

El documento de Consentimiento Informado responde al principio de Autonomía y es además, uno de los objetivos de

la relación médico-paciente, particularmente en el caso del Anestesiólogo debería de obtenerse durante la valoración pre anestésica, como su nombre lo dice, informando riesgos y beneficios del acto anestésico y de todos los procedimientos a los que será sometido el enfermo.

No sólo es una cuestión ética la obtención del consentimiento informado sino que de acuerdo a la normativa vigente relacionada al expediente clínico se tendrán implicaciones legales a falta de este. En México, la NOM-168-SSA1-1998 define al consentimiento bajo información como a los documentos escritos signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines terapéuticos o rehabilitatorios⁽¹⁹⁾.

Dicho consentimiento se reglamentó en 1914 por Benjamín Cardozo, juez de Nueva York, en el caso Schloendorff en donde señaló: «Todo ser humano en edad adulta y sano juicio tiene el derecho a determinar lo que se ha de hacer con su propio cuerpo y un cirujano que ejecuta operación sin el consentimiento de su paciente comete un asalto»⁽²⁰⁾.

Éste es la expresión de autodeterminación del paciente como resultado del proceso que se establece entre el paciente y su médico para aceptar un tratamiento⁽²¹⁾. Con lo anterior mencionado el consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente capaz de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados para a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos.

Sin embargo, 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. El modelo de atención que respeta la autonomía ha generado dilemas ético-médicos. Por ejemplo: la responsabilidad del médico que recibe la orden de no dar maniobras de reanimación, o el manejo del paciente que requiriéndolo se niega a ser transfundido por creencias religiosas.

Debemos tener una clara idea de la bioética y la ética médica, esta última, es mucho más compleja y abarca los principios básicos y los códigos sociales y morales de los que se responsabiliza al médico.

d) Justicia

Siendo la universalización de los servicios de salud su principal doctrina responde a «dar a cada uno lo que es debido», en donde en ocasiones es un dilema ético la calidad del quehacer diario del anestesiólogo por los recursos del sistema de salud (limitados) para ejercer su profesión con la calidad necesaria.

En México, el garante tanto de los derechos de los pacientes, así como la aportación de los recursos son supervisados por la Administración Pública, cayendo así en un dilema, donde el anestesiólogo está obligado éticamente a ofrecer un servicio de calidad en la atención con las mejores herramientas posibles para todos los pacientes.

e) Solidaridad

En nuestro país, este principio es fundamental para entender a nuestra población, el anestesiólogo debe solidarizarse con el paciente y con su familia tanto en la consulta preanestésica como al momento de sugerir un plan anestésico, recalcar al paciente que es para la comunidad y entender su ambiente personal, laboral y familiar respecto a su enfermedad. Debido

a la naturaleza perioperatoria de la especialidad es imperativo en todo momento hacer sentir al paciente con la mayor confianza posible y apoyarlo no sólo en el ámbito médico sino también el anímico.

CONCLUSIONES

La aplicación de bioética y de sus principios fundamentales es parte esencial del ejercicio profesional del anestesiólogo. Debemos ser conscientes de que se han generado más obligaciones y responsabilidades en el ejercicio de la medicina en general y anestesiología en particular, debido a los avances científicos, tecnológicos, normativos y legales; sin embargo, la meta fundamental sigue siendo el compromiso moral al cuidado ético del paciente, propiciando y respetando los principios bioéticos.

REFERENCIAS

1. McCullough LB. John Gregory and the invention of professional medical ethics and the profession of medicine. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998.
2. Potter VR. Bioethics. Bridge to the future. USA: PrenticeHall; 1971.
3. Jahr F. Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. [Bio-Etica: Un análisis de la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas]. Kosmos. Handweiser für Naturfreunde. 1927;24:2-4.
4. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 2nd ed. New York, Oxford University, 1983.
5. Undelman A. Bioethics-issues regarding the anesthesiologist. Rev Bras Anestesiol. 2006;56:325-333.
6. Ruiz de Chávez-Guerrero MH. Veinte años de Bioética en México: Desarrollo y perspectivas de la Comisión Nacional de Bioética. Cir Cir. 2014;82:699-708.
7. Post S. Encyclopedia of bioethics. 3rd ed. USA: Macmillan Reference USA; 2004; pp. 1547-1552.
8. Portal del Programa Regional de Bioética (Página principal en Internet). Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; c1994 (actualizado el 04 de septiembre de 2013; consultado el 26 de Noviembre de 2015). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1012&Itemid=4244&lang=en
9. Postigo SE. Bioética, concepciones antropológicas y corrientes actuales. España: Universidad Centro de Estudios Universitarios. 2008, p. 3.
10. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Department of Health, Education and Welfare (DHEW). The Belmont Report. Washington, DC: United States Government Printing Office; 1978.
11. Araujo NM. Desarrollo de la bioética y su aplicación en anestesiología. Principios y valores éticos. Rev Mex Anest. 1995;18:151-153.
12. García de Meneses JA. Bioethical dilemmas in anesthesia. Rev Bras Anestesiol. 2001;51:426-430.
13. Dos Santos MO, De França GV. Bioethics and anesthesia: a reflexive study of reports published in Brazilian journal of anesthesiology. Rev Bras Anestesiol. 2011;61:121-127.
14. Rawls J. Justice as fairness. J Philo. 1957;54:653-662.
15. American Society of Anesthesiologists. ASA Standards Guidelines and Statements. Oct 2007. www.asa.hq.org/publications/p-106-asa-standards-guidelines-and-statements.aspx
16. Palmer SK. The importance of bioethics for anesthesiologist. ASA Newsletter. 1994;58:6-9.
17. Guevara LU. El imperativo ético, de ser éticos. Rev Mex Anest. 2011;34:5-8.
18. Araujo NM. Ciencia y conciencia. Ética en Anestesiología. Rev Mex Anest. 1995;18:125-128.
19. NOM-168-SSA1-1998.
20. Schloendorff V. Society of New York Hospital, 105 N.E. 92, 93 (N.Y. 1914).
21. Caplan RA, Posner KL. Informed consent in anesthesia liability: evidence from the close claims project. ASA Newsletter. 1995;59:9-12.