

La anestesiología: ciencia y humanismo

María Sofía López Rodríguez¹

Introducción

a lo largo de las últimas décadas, hemos sido testigos de cambios y transformaciones positivas en el campo de la medicina, bruscos, admirables y de mayor alcance que en cualquiera otra época de la historia, y la anestesiología no ha quedado al margen de tan amplio desarrollo.

Como bien se conoce, esta importante rama de la medicina se especializa en la atención de aquel paciente a quien se produce un estado de inconciencia, insensibilidad al dolor y al estrés emocional en el transcurso de ciertos procedimientos médicos, quirúrgicos, obstétricos o de otra índole. La anestesia involucra la evaluación y tratamiento de estos pacientes en el periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio; la protección de las funciones de órganos vitales bajo estrés anestésico y quirúrgico o con fines diagnósticos o terapéuticos; la atención de casos en los que se requiere proporcionar alivio del dolor; el tratamiento de pacientes en estado crítico y terminal, así como el manejo de situaciones en las que es necesario efectuar maniobras dirigidas a la reanimación cardiorrespiratoria del paciente.

Así pues, en este momento histórico en el cual casi todo es técnicamente posible, se debe reflexionar acerca de la conciencia del anestesiólogo y hasta dónde su campo de acción es éticamente admisible o justificable.

Desde luego, la conciencia es una propiedad de la materia altamente organizada, vinculada a la actividad del cerebro humano, y su esencia consiste en reflejar la realidad. Un aspecto importante de la conciencia es la autoconciencia. La vida exige al

hombre no sólo que conozca el mundo exterior sino que también se conozca a sí mismo. Al reflejar la realidad objetiva, el individuo toma conciencia no sólo de este proceso, sino también de sí mismo como ser que siente y piensa en sus ideales e intereses y en la consolidación de sus valores morales. En resumen, la autoconciencia se forma bajo el influjo del modo de vida social, el cual requiere del hombre que controle sus acciones y responda de sus actividades.

A la filosofía de la medicina le preocupa profundamente el desapego del médico por sus pacientes, por un lado, y, por el otro, la pena del enfermo que, absorto, contempla la indiferencia y frialdad del profesional, quien ocupa la mayor parte de su tiempo en los laberintos académicos.

En Cuba, los significativos logros alcanzados en este campo se han puesto de manifiesto en la actitud positiva que el anestesiólogo



¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", Calle 43 núm. 1111 e/ 36 y Kholý, Nuevo Vedado, Plaza, 10600 La Habana, Cuba, tel. 537 818460, correo electrónico: marlesof@infomed.sld.cu.

manifiesta hacia el enfermo, principalmente a través del buen trato, de la confianza que le infunde y de los cuidados y el consuelo que le brinda.

La comunicación es de gran importancia porque, en la práctica, la relación médico-paciente es limitada, desgraciadamente. Ello resulta en ocasiones paradójico y no debería ser así, pues muchas veces el anestesiólogo no conoce con anticipación al paciente, a quien atiende otro compañero en el examen pre-anestésico.

El enfermo, las más de las veces, no sabe quién va a estar a cargo de la anestesia, y teme poner su vida en manos de un desconocido. En pocas ocasiones lo conoce en los minutos previos, cuando es trasladado al quirófano, y normalmente aquél se encuentra distraído en la preparación del equipo.

A los ojos de muchos, una situación así puede verse como natural, pero cuánto bien se puede hacer al enfermo si el anestesiólogo se toma unos minutos para presentarse, para inspirarle confianza con unas pocas pero amables palabras.

La relación entre el médico y el paciente ha variado según las épocas, y en ello ha influido la filosofía predominante del momento. De este modo, se puede calificar a esa relación como *paternalista* cuando el médico es quien toma las decisiones acerca del paciente sin el pleno consentimiento de éste. Tal ha sido la relación más común en la historia de la medicina y casi la única hasta principios del siglo anterior. El médico ordenaba y al paciente sólo le quedaba obedecer.

Sin duda, una relación de este tenor es defectuosa y presenta varios problemas, el primero y más importante es el de no tener en

cuenta el criterio del paciente, por lo que no es posible el beneficio de la acción médica. Está de más decir que este modelo viola los derechos civiles de los pacientes y no tiene en consideración a estos como personas. Quienes preconizan este modelo, alegan que el enfermo no puede opinar por su ignorancia de la medicina, lo cual es falso pues el médico tiene la obligación de explicarle lo necesario para que aquél pueda participar en las decisiones acerca de su salud.

La relación *autónoma* ocurre cuando el paciente es quien toma las decisiones y el médico es sólo espectador. Este modelo surgió cuando el primero se consideró como un usuario, un cliente que estaba comprando un servicio, en este caso la medicina. Luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando el existencialismo² vino a cobrar nueva fuerza en un mundo golpeado fuertemente tanto en el sentido material como quebrantando el área de la conciencia, se cuestionó la relación paternalista en tanto que ignoraba los derechos de la persona. Surgió entonces la ola que se extendió pregonando los derechos civiles no sólo de la mayoría sino también de las minorías.

También ayudaron en este cambio los avances en la tecnología médica, avances que tuvieron una gran expansión a par-



² Filosofía que atronta el valor de la persona humana, del ser concreto, sobre todo otro valor.

tir de la quinta década del recién concluido siglo. Esa tecnología hizo que el quehacer médico fuera más complejo y llevara al paciente a tener que tomar las decisiones, cuyos resultados, de cualquier manera, desconocía.

Teóricamente, la relación autónoma parece clara y convincente, no así su práctica. El enfermo, debido a su enfermedad, puede perder la autonomía, al tiempo que la medicina trata de restablecerla. La autonomía necesita que el sujeto sea independiente, que tenga libertad de acción y el conocimiento necesario para que su motivación, al actuar, sea auténtica. Tal capacidad es interferida la mayoría de las veces por el proceso de sufrimiento. El médico debe luchar en más de una ocasión contra el paciente que ha perdido su autonomía, y los derechos del enfermo no siempre privan frente al bien que se trata de darle. Ante un paciente deprimido con intento suicida no puede el médico administrarle psicofármacos so pretexto de la autonomía que tiene para decidir su vida, o practicar una transfusión sanguínea a un paciente que lo requiere, pero que se niega debido a sus creencias religiosas.

De ahí que, en definitiva, un tercer modelo, el modelo de *relación responsable*, sea el adecuado. En él, las dos partes asumen la responsabilidad y deciden lo conveniente teniendo el conocimiento y la libertad para hacerlo; es una relación madura que requiere del médico un criterio ético bien formado para buscar sólo el beneficio del paciente, compaginando éste con sus condiciones individuales. El médico, al adoptar una relación responsable con su paciente, acepta la vulnerabilidad causada por su condición de enfermo.

Sin duda, este modelo de relación es el que se ha alcanzado en Cuba en virtud de que amplias masas saben leer y escribir y tienen un acceso ilimitado a una asistencia médica calificada del más alto nivel y es un pueblo informado a través de la radio y la televisión acerca de diversos temas de salud pública.

Por ello, la relación entre el médico y el paciente en el campo de la anestesiología debe ser una relación entre personas; sólo la formación humana del médico hará que esta relación responsable se cumpla.

Lo anterior nos ha llevado a reflexionar sobre los problemas éticos y bioéticos en la citada rama de la medicina.

Desarrollo

La relación médico-paciente en el terreno de la anestesiología está modulada por factores sociales y culturales, así como por las circunstancias de urgencia que motivan la cirugía, y se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético.

Afectan negativamente la relación médico-paciente lo impersonal en la relación y la actitud de juez que asume el médico y su petulancia. Éste debe esforzarse para que en la relación se generen pensamientos positivos que favorezcan tanto el diagnóstico como el tratamiento. Porque no debemos olvidar que todo enfermo es un ser angustiado y que el médico está llamado a aliviar su zozobra y no a acrecentarla, así como también a manejar sus propias emociones.

Por ello, la primera obligación ética del médico es tener conocimientos actualizados. Todas sus decisiones cotidianas debe adoptarlas no sólo por razones técnicas sino también éticas. La relación médico-paciente deja secuelas que influyen en quienes participan de aquella y, por supuesto, en el curso de la enfermedad. De ahí que la formación antropológica y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas no reemplazables por la tecnología, sean decisivas para el ejercicio de una medicina humana técnica, ética y socialmente eficaz.

La medicina antropológica es la base moral de la medicina; es una suma de la medicina científico-natural con la concepción somatológica y psicosociocultural del ser humano. Considera al paciente como persona, lo ubica en su entorno, atiende su condición situacional y asistencial, reconoce la singularidad del paciente, y concibe científica, técnica y humanamente la relación entre el médico y el enfermo.

El médico anestesiólogo reúne las condiciones del médico antropológico por ser un hombre libre, con un hondo sentido del servicio social, quien practica la ciencia y el arte de promover y preservar la salud, de curar y rehabilitar al enfermo.

Como bien se sabe, el periodo perioperatorio es estresante desde el punto de vista emocional para muchos pacientes que temen a la cirugía para tratar un cáncer, una desfiguración física, el dolor postoperatorio e incluso la muerte. No es menor el temor a la anestesia debido a la pérdida del control, el temor a no despertar, las náuseas postoperatorias, la confusión que trae aparejada y otros efectos.

El anestesiólogo puede aliviar muchos de estos temores y favorecer la confianza en su actuación. Así, la entrevista médica, instrumento imprescindible de la práctica médica, es esencial para realizar la historia clínica y las exploraciones que se crean convenientes, y también para entablar una relación adecuada que servirá para superar los factores puramente técnicos, ya que los factores más humanos de la relación tienen una gran importancia para que el paciente se sienta comprendido y deposite su confianza en el médico, lo cual, de suyo, puede constituir un alivio de la sintomatología y favorecer un mejor pronóstico a largo plazo.

Por tal motivo, la relación debe ser establecida sin prisas; en ella, el médico trasmite al paciente su interés por él y comprende sus temores, preocupaciones y necesidades. Se ha informado que el valor de la visita preoperatoria del anestesiólogo equivale cuando menos a 100 mg del efecto calmante del pentobarbital y que es superior a esta sustancia para aliviar la ansiedad y proporcionar apoyo emocional. Por supuesto, el estado psicológico de un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente influye intensamente en el resultado final

de una operación; incluso es posible predecir la respuesta del paciente al dolor en el periodo postoperatorio con base en el grado de ansiedad; además, la cantidad y tipo de información sobre la operación o anestesia empleada afectan de manera importante la percepción del dolor o su intensidad después de la operación.

De ahí que la actitud del médico, quien tranquiliza al paciente diciéndole que permanecerá junto a él en el quirófano, es fundamental; y si otro anestesista administra la anestesia, debe advertir de ello al paciente, serenándolo e indicándole que se atenderán sus preocupaciones y necesidades. Y es que el acto de informar constituye parte de la relación médico-paciente. En este contexto, el médico puede determinar qué información es la adecuada para el paciente con el que está interactuando. Hay información que puede resultar no sólo innecesaria sino hasta indeseable. Por ejemplo, debe informarse al enfermo sobre los riesgos y beneficios de la anestesia espinal, pero no sobre las posibles complicaciones —poco frecuentes por lo demás— de una anestesia subaracnoide total, pues se generaría un mayor grado de ansiedad en el paciente, y es posible que incluso se niegue a que se le administre cualquier tipo de anestesia.

Por ello, durante la visita preanestésica se debe informar a los pacientes los acontecimientos del periodo perioperatorio, como la duración del ayuno, el tiempo que se calcula demorará la cirugía, la necesidad de alguna premedicación, las tareas de la inducción anestésica que se realizan al momento de la cirugía (colocación de catéter endovenoso, dispositivos de monitorización, catéter peridural, etc.), así como lo referente a su traslado al terminar la operación a la sala de recuperación y hasta su alta anestésica.

El consentimiento informado es la expresión de autodeterminación del paciente como resultado del proceso que se establece entre él y su médico para aceptar un tratamiento. En la anestesiología, se refiere a la discusión del plan anestésico, las alternativas y las posibles complicaciones, todo lo cual debe explicarse al paciente en términos comprensibles, pues un paciente informado es un paciente tranquilo.

El real consentimiento informado se establece mediante el diálogo entre el médico y el paciente, y aun cuando puede ser manipulado por coerción o persuasión, debemos confiar en que el primero tiene un método para presentar la información al



paciente, la que debe ser suficiente y concreta pero no exhaustiva, porque en los momentos críticos suele ser impráctica y frustrante, al igual que aquella que minimiza los riesgos.

Algunos aspectos del tratamiento anestésico se encuentran fuera del ámbito común y deben, por consiguiente, discutirse explícitamente de forma previa (como la intubación, la ventilación mecánica, la monitorización hemodinámica, las técnicas de anestesia regional, la transfusión y la asistencia en cuidados intensivos si fuesen necesarios).

Deben presentarse alternativas al plan de tratamiento anestésico sugerido si fuese el caso de que el procedimiento planificado no sea eficaz o se produzca un cambio en las circunstancias clínicas, pues ello desarrolla la capacidad del paciente para cooperar.

El anestesiólogo tiene la obligación de revelar los riesgos asociados a los procedimientos anestésicos, de forma que una persona razonable (en la situación del paciente) pueda tomar una decisión. En general, debe revelar las complicaciones que ocurren con mayor frecuencia, pero no los riesgos que tengan menos posibilidades de producirse.

Por otro lado, la elección del tipo de anestesia debe basarse en un plan individual para cada paciente y considerando cuatro factores: seguridad para el enfermo, conveniencia del cirujano, comodidad y preferencia del enfermo y capacidad del anestesista. Por eso, si se elige la anestesia regional, también se deben discutir los riesgos de la anestesia general ya que puede ser necesario un apoyo mediante esta técnica

En lo que toca a riesgos de esta anestesia, las reacciones farmacológicas (dolor de garganta, ronquera, náuseas, vómitos, alergia, disfunción cardíaca, neumonía por aspiración) deben ser igualmente explicadas al paciente. Existen circunstancias atenuantes en que los procedimientos anestésicos pueden llevarse a cabo sin el consentimiento informado, como ocurre en los casos de urgencia extrema o de una negativa a una transfusión sanguínea urgente en los pacientes que son testigos de Jehová.

En la actividad cotidiana, el anestesiólogo cumple con los principios hipocráticos; el de beneficencia se refiere a proteger y promover los intereses del paciente para darle bienestar, es decir, el médico piensa siempre en el bien de éste; el principio de la justicia, que equilibra el beneficio porque implica imparcialidad, y el de autonomía como valor característico del ser humano para expresar y desarrollar sus propios deseos. Todos ellos se cumplen siempre en la práctica diaria.

Cuando el médico anestesiólogo con un criterio ético bien formado se enfrenta al caso concreto de un paciente bajo el principio de la beneficencia, debe aplicar el modelo de relación responsable y plantear lo que el paciente necesita ofreciéndole alternativas en cuanto al riesgo-beneficio y asumiendo las dos partes la responsabilidad en la decisión del plan anestésico, excepto en los casos de urgencia extrema.

El humanismo verdadero deja de ser una simple declaración y se convierte en un instrumento de actividad; por vez primera, sus intereses, normas e ideales coinciden con los del pueblo. Nada es tan satisfactorio para el anestesiólogo como cuando, al hacer la visita postanestésica, encuentra al enfermo conversando, sin molestias y agradecido por el procedimiento anestésico que se escogió para él.

Conclusiones

En fin, podrían formularse las siguientes conclusiones:

1. En principio, debe establecerse una adecuada y responsable relación entre el médico y el paciente, donde los participantes tomen parte en las decisiones.
2. La formación antropológica y ética del anesthesiólogo determina el cuidado del paciente.
3. El anesthesiólogo debe promover información sobre la anestesiología y su actuar para aumentar la responsabilidad social en la atención de la salud.
4. Debe informarse al paciente en términos comprensibles acerca de los acontecimientos del periodo perioperatorio para lograr su estabilidad psicológica.
5. Los principios de beneficencia, justicia y autonomía deben cumplirse invariablemente en la práctica de la anestesiología.

