

Bioética pragmática en cirugía neurológica

Manuel Velasco-Suárez*

*CUERPO-AMA. UNA SOLA UNIDAD
Los que niegan esto, no saben
que tienen lo uno ni la otra!
-F. Bacon-*

I. Introducción

La bioética pragmática

El pragmatismo es una filosofía que enfatiza la necesidad de calificar los resultados de la aplicación práctica de las teorías. Demandando valores positivos, establece que: el significado de las ideas se mide por la verdad que resulte en la práctica de su aplicación. Toda idea o creencias son éticamente verdaderas si conducen a la bondad de las acciones que inspiran.

La concepción básica en pragmatismo-máxima pragmática- fue formulada primero por Charles S. Pierce^{14,21} "Hacer clara una idea, es distinguirla de otra"- Si los efectos 'prácticos de actuar con dos ideas son diferentes, las ideas son diferentes, pero si los efectos son los mismos, las ideas realmente son las mismas, aun con diferencias en la formulación del pensamiento y sentimientos que las acompañan.

William James,⁹ (1842-1910) sostuvo un criterio pragmático, identificándolo con la práctica de la verdad, comprobada en los resultados positivos de la acción.- Como médico-psicólogo, hizo formulaciones de temas pragmáticos que a menudo fueron los más discutivos en la filosofía moral. Para él los efectos inmediatos en nuestros sentidos representan el significado de nuestras ideas.

Establece el concepto pragmático único, en el propósito de encontrar y luego juzgar la verdad de cualquier doctrina que se ha de fundar en sus "buenos efectos prácticos", que en bioética deben ser de justicia y beneficencia, nunca maleficencia y siempre de respeto a la autonomía de la persona humana.

La bioética pragmática, centrada en la aplicación práctica de sus conceptos para resolver los problemas éticos que plantea el desarrollo de la ciencia y tecnologías, capaces de modificar la salud, la enfermedad y hasta la muerte de la persona, encuentra la necesidad de que sus principios alcancen el bien mayor, que sobre la vida humana esperan tener todas las intervenciones médicas y neuroquirúrgicas.

Desde su mismo origen, la bioética en cirugía neuroiógica funda su pragmatismo en cinco valores que funcionan recíprocamente: La beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia, así como el "válido" consentimiento informado. Este último, que desafortunadamente no existe en la "medicalización" de la muerte!

Estos atributos no se pueden considerar en forma aislada, todos tienen importancia complementaria.

* Académico Titular, Presidente de la Comisión Nacional de Bioética y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

Correspondencia y solicitudes sobre: Dr. Manuel Velasco-Suárez, Clínica Hospital Juárez, P. O. Box 5000, Centro 06090, México D.F.

taria entre los preceptos bioéticos que deben perseguirse en la toma de decisiones justas. En la práctica se superponen y su separación es artificial o pseudoutilitaria oficiosa.

El aforismo médico *Primun Non Nocere*, no siempre resulta pragmáticamente ético (por ejemplo la aplicación de la vacuna contra la tuberculosis a los niños, conlleva el riesgo de ocasionar esta enfermedad). Los enunciados deontológicos del deber, tales como "no causar mal o daño", "no causar la muerte", "no causar sufrimiento" que corresponden a los dictados Hipocráticos, no pueden universalizarse, como los positivos de "prevenir el mal o daño", "retirar el daño" o "incrementar el bien", que si se coronan con el buen éxito habrían sido pragmáticos en sí mismos.

La autonomía como "la capacidad de gobernar se sí mismo se refiere a la preminencia del derecho del enfermo para su autodeterminación, principio que se soslaya frecuentemente en cirugía neurológica con el "natural" (?) autoritarismo o descuido en la relación médico-paciente, cuya consecuencia es negativa de la autonomía, quizá el principio válido mayor en el consentimiento informado, para el ejercicio pragmático al efectuar cualquier procedimiento diagnóstico invasivo, tratamientos y sobre todo en investigación sobre seres humanos. Algunas desviaciones de este principio suponen el ocultamiento de la verdad, manipulación o engaño.

Desde el juramento Hipocrático y en las lecciones aristotélicas de *Ética* a Nicomaco (?) se considera "virtud suma" el respeto a la libertad inviolable, retomada por Stuart Mill cuando afirma que la única restricción a la libertad personales la inminencia de daño a los demás... Asu vez el concepto de justicia puede variar con los tiempos y las culturas. -Platón, exponente de la teoría clásica, aceptaba diferencias distributivas según la posición social de los individuos y en el mismo sentido, Cicerón y los jurisconsultos romanos consideraban justo "dar a cada uno solamente lo suyo" (?) sin embargo, la justicia se centra en la igualdad con los derechos del hombre y garantías civiles y políticas, en la preservación de los valores de vida, la salud, la integridad física del individuo y el respeto a la libertad de creencias, propiedad y cultura.

Los aspectos esenciales de la bioética pragmática en medicina y cirugía especializadas, radican

en sus paradigmas morales, de cuyo ejercicio aplicativo y de sus buenos resultados, depende la seguridad para confrontar los dilemas y disyuntivas neurológicas y aceptación o no de técnicas a la luz de la verdad y justicia.

Los valores fundamentales de honradez, integridad, lealtad, valentía y promoción de la dignidad humana deben figurar como atributos preeminentes de la Bioética del neurocirujano.

En este simposium queremos presentar la relación de los principios que forman el marco bioético de las decisiones pragmáticas en la cirugía neurológica y su responsabilidad científica.

Referencias

1. Beauchamp TL, Lcroy Walters. *Contemporary Issues in Bioethics*. Kenneuy nst tute of Etncs and Department of Philosophy, Gerogetown University, Wadsworth Publishing Company, Belmont Cal. USA. 1993-1994. 3ª ed 4ª Editions.
2. Beauchamp TL, Childress JI. *The principle of Non Maleficence, The Principle of Beneficence, en Principles of Biomedical Ethics*. 3d. Ed. Oxfrnd Univ. Press. New York. USA 1989.
3. Bioética y Medicina. instituto Nacional de Neurologia y Neurocirugia, Mexico. 1993:44.
4. Código Nacional de Bioética. *Compilación Doctrinaria*. Comisión Nacional de Bioética. 1993. Consejo de Salubridad General.
5. Comisión Nacional de Bioética. *Primer Congreso Internacional de Bioética*. Memoria 1994.
6. Comisión Nacional de Bioetica. *Boletín Año 2, No. 5, Dic 95/Ene. 96*.
7. *Filosofía de la Biología actual*. Bibliografía. Julio 9 de 1993. State University of New York Press.
8. Finnis John. *Natural Law and Natural Rights*. Oxford: Clarendon Press, 1980.
9. James William. *The Principles of Psychology*. New York' H. Holt & Co., 1890.
10. Jinich H. *Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos de América*. *Gaceta Medica de México* 1990;126(2): 72-76.
11. Kopelman Loreta M, Moskp John C. *Children and Health Care (Moral and Social Issues)*. *Philosophy and Medicine Vol. 33*. Edited by Klauer Academic Publishers. Boston 1989.
12. Mappes T, Zembaty J. *Definition of Death and the Euthanasia*. *Biomedical Ethics* Cap. 7. McGraw-Hill Inc. New York. USA 1991.
13. Pellegrino Edmund D. *Theory and Practice of Virtue*. (Mimeo) op. Cit. No. 12.
14. Peirce Charles S. *Encyclopedia of Bioethics*, Georgetown Univ. Vol 3 y 4. Editor of the Free Press. Inc. New York. 1982.

15. **Philosophy and Medicine**. Vol. 35 Suicide and euthanasia (Historical and Contemporary Themes). Baruch A. Brody, Kluwer Academic Publishers USA 1989.
16. **Reinhard Low** et-al. **Bioética**. Consideraciones Filosóficas-Tecnológicas sobre un Tema Actual. 1992, Ediciones Rialp. España.
17. **Stuart Mill J.** *Philosophical Ethics*, Bouchamp, T.L. Georgetown Univ. Seg. Edict 1991. USA.
18. **Thevenot Xavier.** *La Bioética*. 1990, 150 p. Ediciones Mensajero, Bilbao, España.
19. **Veath Robert M.** *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics Readings*. Jones and Bartlett Publishers. Boston 1989.
20. **Velasco-Suárez M.** *Programas de Salud dirigidos a grupos prioritarios. Consideraciones bioéticas y derechos humanos en La Seguridad Social en América Latina, Situación actual y perspectivas 1993*, CISS, IMSS, México 1993.
21. **Warrent T.** Reich. *Editor in Chief. Encyclopedia of Bioethics*. Georgetown University. Vol. 1 v 2, 3 y 4. Editor of the Free Press. Inc. New York 1982.

II. Responsabilidad científica y bioética del neurocirujano

Manuel Velasco-Suárez*

*SÓLO PUEDE SOPORTARSE LA
INMENSIDAD DE LA CIENCIA
CON HUMILDAD, FE, AMOR Y LA
ÉTICA DE SUS VERDADES.*

- Galileo -

La ética en las ciencias humanas se refiere al comportamiento moral individual y de las sociedades. -*ethos*, conducta, carácter costumbre; moral, *mos, moris*, principios, valores, adecuación de las costumbres, para hacer el bien.- La biología como ciencia de la vida orgánica, indispensable para conocer la estructura, funciones y disfunciones de los seres vivos, forma con la anterior, un binomio integrado en la bioética que, con responsabilidad científica interpreta y orienta la conducta del neurocirujano en toda acción médico-quirúrgica, que tenga efectos en los fenómenos de la VIDA, o intervenga en la dignidad de la persona humana, así como en el medio ecológico y la cultura donde se desarrolla el género humano.

Para Sócrates, Aristóteles y Platón, la ética no era sólo el discurso teórico acerca de los valores morales, debía tener una finalidad-práctica y justa, apoyada en el derecho, para la convivencia en sociedad, sin embargo, no parecía implícita la finalidad de la bondad, en su aplicación y resultados, que contemplaría más tarde el pragmatismo de Charles Pierce, William James y John Dewey.^{9,16,27}

En el pensamiento aristotélico la filosofía del "ser bueno" se sustenta en dos principios: el ético-subjetivo primario y el objetivo lógico, afirmando: "...quien arregla su vida según estos principios será feliz, y con claridad de entendimiento, su carácter de ser activo, se ajustará al bienestar de todos aun en los perances de la vida..."! Hacia falta la identificación del "ser bueno" en el pragmatismo moral del fin último de la acción...

Bioética pragmática del neurocirujano

La ética médica paternalista que tuvo vigencia desde Hipócrates hasta mediados del siglo XX, ha debido revisarse con la bioética, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos, especialmente de aquellos que han producido rápidos cambios en las ciencias biológicas, (microscopía electrónica, biología molecular, inmunología, transplantes, genética, imagenología (PET), etc.), ajustándose a nuevas realidades aceptables o no, comprometiéndose en el examen de dilemas y controversias,

*Presidente de la Comisión Nacional de Bioética Y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

para actualizarla conducta del médico y/o cirujano, especialmente en terrenos de la neurociencia.

Habida cuenta que el neurocirujano, desde antes de serlo, debe poseer atributos irrenunciables de honradez absoluta, vocación y convicciones de motivación superior; que ha de cultivar sus destrezas y disposiciones de eficacia con suficiente cultura y conocimientos científicos, habrá de actuar con los preceptos bioéticos de beneficencia, nunca maleficencia, justicia y autonomía y sobre todo promoviendo en la persona al respeto de la dignidad humana, que le es inherente.

El prestigio que alcance dependerá de su inteligencia, de su capacidad, pero sobre todo de su comportamiento, actitud y convicciones morales. Todas sus acciones deben llevar implícito su recto criterio bioético y humanitario, que fomente los valores de la vida, con especial respeto a los derechos humanos.

El estudio sistemático de la bioética es reciente, después de décadas de discusión filosófica y análisis pragmático.

Los códigos ético-médicos desde Nuremberg y luego los de Helsinki (revisados en Roma, Tokio, Hong Kong, etc.*), así como diversas disposiciones legales internacionales correlativas, empiezan a ser insuficientes. Como resultado de requerimientos específicos de personas y sociedades que exigen normas y leyes para la nueva práctica de la medicina y la investigación, (incluidos los animales de laboratorio sujetos a prácticas indeciblemente dolorosas) principalmente sobre seres humanos, con previsiones y salvaguardas (fases I, II, III y IV) universalmente aceptadas.

La bioética pragmática en cirugía neurológica supone criterios que se ajusten a la verdad y comprobación de la bondad en la práctica de todas sus acciones con el fin último de hacer el mejor bien, y preservar los derechos del enfermo, respetando su dignidad y autonomía, dentro de la libertad y la justicia. Además de la capacidad científica y eficacia técnica debe considerar los intereses del paciente por encima de los propios e inclusive los de la ciencia.

La buena fe no basta en la deontología aun utilitaria de la cirugía neurológica, que está exigiendo mayor responsabilidad científica. La temeridad,

aún sin malicia, es condenable a pesar de que se oculte o afeite con destrezas de autosuficiencia y/o indiferencia bioética, que agrega negligencia a la audacia en Neurocirugía...

Con el relativo dogmatismo original de la ética médica natural, que conformaron los moralistas, al médico se le daba todo hecho, pidiendo -o exigiéndole- que cumpliera, a pesar de su exigua formación filosófica. Tampoco se entendía que los casos concretos pudieran provocar conflictos graves, dilemas sustantivos, ya que una vez establecidos los principios generales, alcanzaban carácter inmutable, lo único que podía variar era el "juicio excepcional" (!) en virtud de las circunstancias.

La moral autónoma de los neurocirujanos bien informados y de pacientes concededores de sus derechos, apenas si se inicia con el pragmatismo de la bioética. Esto explica porqué antes no fueron, por lo general, competentes en todas las cuestiones de ética biomédica, quedando reducida su actividad al ámbito de la "virtud" intuitiva y/o de la "etiqueta" aprendida, como normas de urbanidad y comportamiento social.

Con la bioética ha de respetarse cuerpo y espíritu, ejercer la beneficencia, vigilando la práctica de la justicia y mantenimiento de la libertad, objetivos difíciles de separar e indispensables preceptos en el respeto pragmático de la autonomía.

Frente a dilemas concretos, se supone la responsabilidad científica y el conocimiento de los valores. "Principal" de justicia y preceptos de la bioética para su justa aplicación, extensiva también en la asignación de recursos para los servicios de neurocirugía, la economía para la salud, el respeto a la ecología y la historia social de equilibrada subsistencia en las relaciones humanas y conocimiento de la biodiversidad, necesarias en el lenguaje científico, jurídico y ético-político, caracterizantes de la vida en el planeta.

La biología, ciencia de gran desarrollo, alcanzado en el último siglo, carece de los elementos necesarios para ocuparse del comportamiento social del hombre. La ética así no puede intervenir en las leyes físicas de la materia, si penetra en el análisis y conceptualización de la conducta, unidas en el estudio de la génesis y evolución de los seres

*Asociación Médica Mundial

vivos y de entre ellos, el hombre con toda su dimensión psicofísica en su entorno natural. La bioética resultante apoya al neurocirujano en la mejor comprensión de los procesos que comprometen el eje de la salud, consciente de los enfermos del SN (del Cerebro principalmente) y de sus deberes deontológicos, cumpliendo con la esencia de sus convicciones morales y estéticas, persiguiendo el pragmatismo en sus acciones.

El mejor conocimiento de la bioética, favorecerá el juicio del neurocirujano, como del médico mejor informado para la toma de decisiones en tiempo y lugar, sin descuidar los aspectos culturales, el género, creencias y religión de los enfermos, sus familiares y grupo social al que pertenezcan, poniendo en juego sus talentos, y rigurosa conciencia, para hacer con sus enfermos lo que el desea para sí mismo.

Si bien debe alentarnos que la cirugía neurológica no ha estado ausente en los adelantos neurocientíficos más sobresalientes en nuestros días, que por ella hemos conocido mejor la microanatomía funcional y bioquímica del cerebro y de todo el sistema nervioso, estructura orgánica del psiquismo y por lo tanto de la conducta. Su violación no podrá jamás justificarse ni conceder impunidad alguna al neurocirujano que infrinja su bioética normativa.

Un código especializado para neurocirujanos, si bien no puede exceder los principios y reglas de la bioética general, si contiene características muy específicas, identificadas con los avances de las neurociencias y subespecialidades correlativas. Sin embargo, como el pluralismo religioso y el pluralismo político son derechos humanos, así también puede aceptarse, con reservas, el pluralismo bioético. Ninguna norma es totalmente mecánica, ni puede imponerse en contra de los dictados de la propia conciencia y la responsabilidad científica, siempre que estas sean rectamente conformadas, y profesionalmente preparadas, como entendidas también de que el santuario individual es moralmente insobornable. No puede extrañar, por ello, que el desarrollo de la ética haya estado desde sus orígenes, unido a la consolidación de las creencias y religiones, de la democracia y de los derechos humanos, especialmente frente a situaciones en que esté comprometida la vida e integridad de la Persona, poseedora de dignidad inalienable.

- ADENDUM -

Bioética en la investigación. Los protocolos abreviados para justificar proyectos de investigación, que rehuyen la condición de los controles bioéticos, tal vez puedan ampliar el horizonte de la ciencia, pero igual que en el extremo opuesto de la negligencia, resultarían tan inmorales como aquellos que anteponen los solos logros científicos a la dignidad plena de la vida humana.*

Los grupos profesionales, Consejo o Sociedad y fraternidad como la de los Neurocirujanos, deben estar preparados para los inimaginables alcances de la Cartografía del Genoma Humano y de la ingeniería molecular en la extensión de la llamada "década del cerebro" para todo el Siglo XXI y hablar el idioma neurobiológico del DNA, más allá de la bioquímica (eléctrica) de las transmisiones sinápticas y tal vez extrasinápticas, con firme responsabilidad científica necesariamente Bioética para la humanización de la medicina en general y de la Cirugía Neurológica en particular.

Todo neurocirujano, debe procurar que los miembros de su grupo (team) y Comités de Ética Hospitalaria se involucren en la realización y toma de decisiones cuando se trate de investigación clínica exigiendo el "válido" consentimiento informado del enfermo, sujeto de la investigación, único camino de no caer en ilícitos y el descrédito por faltas a la ética fundamental de beneficencia.

En la más avanzada biotecnología, las ciencias neurológicas, exigen del neurocirujano, las más reflexivas actitudes, donde la honestidad y el rigor científico inspiren la seguridad y confianza de los enfermos, sin el menor riesgo de maleficencia inducibles convicciones en favor del paciente al que debe servir, ayudar y proteger como a sí mismo y curar, más que solo aliviar, en cuantos casos sea posible sin permitir jamás el encarnecimiento terapéutico.

**Protocolos de Investigación en los que se tratan padecimientos graves, dejando un grupo testigo con placebos, frente a otro que recibe tratamientos de prueba, se corre el peligro bioético de dejar desprotegidos a unos y exponer a otros a riesgos no bien conocidos, como resultado de medicamentos y/o procedimientos intervencionistas, relacionado no con la historia natural de la enfermedad. El aprovechamiento de intervenciones para "estimular" estructuras "sensibles" y "probar" los efectos "benéficos" de una droga, podrá rozar la maleficencia intencionada.*

No sería aceptable, procedimiento alguno que ponga en peligro la vida de alguien, o produzca sufrimiento, pensando en que podrá servir para otros y menos aún prolongar la agonía y sostener la vida vegetativa (estado de muerte cerebral) con fines de retribución utilitaria (eventual contingencia para el trasplante de órganos).

El neurocirujano busca hoy a la bioética para interpretar y orientar su conducta con principios morales que apoyen su responsabilidad científica y su propósito de preservar los valores de la vida y dignidad mayores del enfermo del SNC. Su deontología de los deberes bioéticos antepones los derechos humanos y la salud en favor del enfermo por encima de otros intereses económico-sociales y aun los de la ciencia.

Nadie como el neurocirujano tiene la oportunidad de intervenir en y sobre el cerebro vivo, dirigiendo superior de la economía organo-psíquica del hombre.

Al hacerse más necesaria la actitud crítica del médico y su autoridad bioética, resulta lógico exigir del mundo entero el respeto de los derechos a la vida y dignidad de la persona. Incluida la preservación moral de la sociedad global con la divisa de la solidaridad honorable y efectiva.

Los avances científico-tecnológicos, podrían rebasar al neurocirujano, sobreponiéndose a la reflexión científica y ética de sus convicciones logradas ayer, apenas discernidas hoy y confundidas mañana.

La creación de comisiones de bioética en todos los hospitales y universidades, ha sido el producto de la responsabilidad científica y moral, del buen médico, neurocirujanos, anestesiólogos y abogados, teólogos y personas interesadas en el bien y derechos de los enfermos, cuyas directrices dependen de su propia problemática, formación educativa, procedencia familiar y cultura.

Los conceptos de bioética consecuencialista se refieren a creencias religiosas y la influencia de sus principios frente a los demás, con igual respeto a la vida e integridad del enfermo.

La neurocirugía para ser horadamente ejercida exige responsabilidad científica apoyada por la bioética que supone la seguridad pragmática en la eficacia ejecutiva de su práctica. Apartándose del error consciente y con mayor razón de la inmoralidad* que desprestigiaría su magnífico arte médico

científico. El neurocirujano mantiene el reto que la sociedad le ha depositado, confiando a su dedicación especializada, la preservación de la vida y del excelso tesoro del Sistema Nervioso e integridad cerebro-mente, propios de los seres humanos.

El Código que hoy proponemos, es una versión actualizada y modificada del de la AANS y del de nuestro. Presentado durante el XIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica²¹

Código de Bioética para la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica

1. El médico antes de especializarse en neurocirugía, debe afirmar su vocación científica y convicciones ético-humanitarias.

Incrementadas por el conocimiento de que habrá de intervenir en los niveles orgánicos más excelsos que dan calidad y dignidad humana a los enfermos que se propone atender, con honradez absoluta, toda su capacidad, irrestricta efectividad y benéfica eficacia.

2. El neurocirujano además de poseer los atributos y vocación de un buen médico, debe cultivar sus convicciones éticas, capacitarse científicamente, adiestrándose cada vez más y demostrar su eficiencia clínico-quirúrgica, destrezas y disciplina dentro y fuera del quirófano.

3. El neurocirujano deberá tener siempre presente la inmensa magnitud humana del cerebro, rector, con todo el Sistema Nervioso de la totalidad de la vida.

Cuyo manejo a su cuidado y responsabilidad científica, técnica y humanitaria, deban justificar sus más elevados propósitos y la dedicación absoluta a los deberes de la especialidad que eligió libremente.

4. Deberá superar toda dificultad profesional y otorgar al enfermo, sobre las mejores bases de su formación neuroquirúrgica, la óptima atención.

** Jamás podrá presentarse a participar ni testificar en actos de tortura. Por el contrario deberá estar pronto en la protección de prisioneros víctimas de secuestro contra toda acción o presión inhumana autoritarismo perverso.*

A llegándose los recursos disponibles en todas las circunstancias de su trabajo, respetando la intimidad de la vida personal y los Derechos Humanos de su paciente y familiares.

5. Buscará siempre hacer el bien, cumpliendo con los principios bioéticos de beneficencia, no participará jamás en acción alguna, que no sea en favor del paciente.

Manteniendo sus actitudes de respeto y consideración también hacia otros colegas y profesionales que pudieran intervenir circunstancialmente, en el caso del enfermo a su cuidado, respetando culturas, creencias, costumbres y derechos sociales relacionados con la restitución de la salud.

6. Deberá limitar su práctica a los casos y prácticas de su incumbencia especializada.

De acuerdo con su competencia y destrezas que su experiencia le haya permitido acumular, con solvencia científico-tecnológica y las mejores convicciones éticas.

7. Deberá cumplir activamente con su educación continua, sin soslayar sus relaciones con otras ramas de la medicina y cirugía,.

De tal manera que supere su actualización sobre nuevas técnicas y la adecuada información científica relacionada con la Neurocirugía.

8. Deberá reconocerse como principal responsable del cuidado de sus pacientes, sosteniendo la autoridad científica, ética y legal.

Sólo podrá delegar parte de esa responsabilidad a sus ayudantes asociados, o en su caso residentes de la institución, sosteniendo la autoridad científica, con plena conciencia de sus deberes que incluyen el estudio clínico y diagnóstico de la enfermedad o motivo de su intervención, así como la vigilancia y cuidados pre-trans y post-operatorios, la revisión de los exámenes de rigor, dando toda la prioridad de su atención, al enfermo y luego a la enseñanza e investigación. TODA otra persona capaz de participar en la toma de decisiones, deberá estar compenetrada del caso, frente al enfermo, más que por las solas imágenes y estudios de laboratorio y gabinete; Es de su responsabilidad la selección del tipo de operación, realización técnica y dirección racional del trans operatorio, como de los cuidados ulteriores.

9. El neurocirujano jamás se hará dependiente de droga alguna ni del alcohol evitando definitivamente participar en ninguna práctica ilícita o de eventual corrupción.

Si desgraciadamente fuera víctima de drogadicción o alcoholismo, deberá someterse voluntariamente al juicio de sus colegas neurocirujanos, para que en la mayor confidencialidad se le encamine al tratamiento conveniente, o sea referido al Comité adecuado de la Sociedad y/o Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica. De acuerdo con su estado y circunstancias su práctica profesional será restringida y vigilada.*

10. El neurocirujano mantendrá el más alto desempeño de su especialidad, sosteniendo su integridad y libertad en su práctica médica.

Haciéndose respetar sin caer en complicidades utilitarias de políticas inconvenientes para la salud y socioeconómicas ajenas a la bioética. Se abstendrá de la ligereza de juicios y de repetir calumnias acerca de otros médicos o profesionales infamados. Su discreción y prudencia serán siempre un motivo de reconocimiento a sus valores, característica de hombres y/o mujeres privilegiados por haber alcanzado la cabal excelencia que merece la práctica de la Medicina y Cirugía Neurológicas.

11. Siendo un médico calificado para ejercer la cirugía neurológica aprobado por el Consejo correspondiente, no podrá declinar su responsabilidad bioética y científica.

Ni su autoridad profesional que supone haber documentado su honradez, capacidad y educación programada al efecto y exigida para la certificación de su adiestramiento, pero que aun requiere localidad de su eficacia demostrativa.

12. Sus relaciones médico-paciente y consideración a los familiares de este último, deberán ser regidos por el respeto mutuo y favorecer el diálogo necesario en el proceso del común entendimiento, para la toma de decisiones.

Respetando la opinión del paciente, cumpliendo con el precepto del consentimiento informado (más explícito que sólo el requisito legal) antes de practicar cualquier intervención. En

*Se sugiere la actualización de los Comités de Honor, Justicia y Bioética de la Corporación

pacientes capacitados y/o con la autorización del responsable familiar debidamente acreditado, en el caso de estados de incompetencia del enfermo. También se podrá recurrir al Comité de Ética (local) de la Institución. Para todo efecto:

A. Mantendrá la confidencialidad acerca del padecimiento y de la condición particular del enfermo y de su familia;

B. Nunca podrá tomar ventaja sobre los intereses y necesidades del enfermo ni permitir que alguien pudiera resultar beneficiado en su detrimento y jamás permitir caer en el abuso físico, emocional, sexual y mental del paciente. Cualquier violación a los derechos humanos compromete su dignidad y la del enfermo, así como el bienestar y la salud del mismo, además de poner en entredicho el prestigio de la especialidad.

C. Deberá vigilar y estar bien informado de las prácticas hospitalarias, especialmente en las áreas de Recuperación y Unidades de Cuidados y Terapia Intensivos, donde el paciente queda a merced del personal, no siempre respetuoso de los Derechos Humanos, ni poseedores de la prudencia indispensable en la atención de pacientes terminales, para preservar su dignidad hasta la muerte y evitar el ensañamiento terapéutico, sin regatear por otro lado, medidas y medicamentos que alivien el dolor y sufrimientos. Oponiéndose a las prolongadas estancias innecesarias y oficiosamente costosas.

Posponer la muerte supone considerar la calidad de la vida resultante.

D. Deberá ponderar cualquier avance científico o tecnológico, por importante que parezca, y no aplicarlo si no es prioritariamente benéfico para el enfermo. Primero es la beneficencia al paciente después la ambición del prestigio científico y muy condenable el interés económico.

E. Deberá constituirse frecuentemente en la figura del médico total para el apoyo activo del paciente y la familia, responsabilizándose, especialmente en circunstancias de enfermos con daño cerebral total (muerte encefálica), cuya invalidez requiere de la autoridad del neurocirujano en la toma final de decisiones, inclusive para suspender o no los apoyos vitales al paciente irremediablemente moribundo; teniendo presente que ninguna conducta es neutra, como jamás lo sería la impericia o la negligencia.

Los preceptos bioéticos de beneficencia, no maleficencia y respeto a la autonomía e íntima dignidad de la persona humana, se hacen particularmente mandatorios para el neurocirujano.

13. La responsabilidad del neurocirujano con el Estado, deberán ser apegadas al Derecho y a la Ley sin evadir obligaciones que honradamente le correspondan.

Para cooperar en la universalización de los servicios de salud y su globalización, prudentemente integradora para evitar exclusiones sociales. Debe, si la ocasión lo exige, participar en la política cuando esta actividad necesite de sus más altos valores humanos y preparación para favorecer la democracia legítima.*

Referencias

1. Ashley Benedict M, D.O'Rourke Kevin. Healthcare Ethics: A theological Analysis. The Catholic Health Association of the United States., St. Louis Mo. 1989.
2. Ashley Benedict M, D.O'Rourke Kevin. Ethics of Health Care: An Introductory Textbook. Georgetown University Press. Washington D,C. Second Edition 1994.
3. Beauchamp Tom L. Philosophical Ethics: An introduction to Moral Philosophy. McGraw-Hill, Inc. New York. 1991, Second Edition.
4. Beauchamp Tom L, Walters L. Contemporary issues in Bioethics. Kennedy institute of Ethics and Department of Philosophy, Georgetown University. Wadsworth Publishing Co. 1994.
5. Bioética Temas y Perspectivas. Organización Mundial de la Salud. 1990. 244 p. Pub. Científica No. 527.
6. Código de Ética. American Association of Neurological Surgeons. USA..
7. Comisión Nacional de Bioética. Primer Congreso Internacional de Bioética. Memoria 1994.
8. Comisión Nacional de Bioética. Boletín Año 2, NO. 5, Dic 95 Ene. 96.
9. Dewey John. Human Nature and Conduct. New York: H. Holt & Co., 1922.
10. Gorovitz S, Maklin R. Moral Problems in Medicine. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs. New Jersey 1983.
11. Humber James M, Almeder Robert F. Biomedical Ethics.-Reviews 1983. Humana Press. Clifton, New Jersey USA.
12. Locke John. Two Treatises of Government (1690). Bk. 2, par. 135. London: Cambridge University Press. 1967:375-376. A critical edition with an introduction and apparatus criticus by Peter Laslett.

**Es la política como la atmósfera, no podemos vivir fuera de ella, pero si la ignoramos y despreciamos, otros manejarán nuestra atmósfera y sólo nos quedará el recurso de las lamentaciones...!*

13. Mappes A. Thomas Biomedical Ethics McGraw Hill 1991 (New York) (Genetic Manipulation with human Beings).
14. **Mappes Thomas A, Zembaty Jane S.** Biomedical Ethics. McGraw-Hill Inc. New York. USA. 3A. ed. 1991.
15. Monagle F John. Medical Ethics: A Guide for Health Professionals. An Aspen Publishing 1988. USA.
16. Peirce Charles Sanders. Collected Papers. Vols. 1-6. Edit by Charles Hartshorne and Paul Weiss. Vols. 7 & 8. Edited by Arthur W. Burks. Cambridge: Harvard University Press. 1931-1958.
17. **Arthur W Burks,** Cambridge: Harvard Univ. Press. 1958.
18. **Pellegrino Edmund D.** La relación entre la autonomía y a integridad en la etica medica en Bioética Tenias y Perspectivas O P S P. Publicacion Científica No 527 1990.
19. **Pellegrino Edmund D, Mazzarella P.** Transcultural Dimensions in Medical Ethics. Pietro Corsi University Publishing Group. Maryland. 1992.
20. **Pellegrino Edmund D,** Veatch Robert M, Langan John P. Ethics Trust and the Professions Philosophica, and Cultural Aspects. Georgetown University Press. Washington D.C. 1991.
21. Sociedad Mexicana de **Cirugía Neurológica.** XIII Congreso. Ixtapa-Zihuatanejo. México 1995
22. Stuart FS, Stanley **RI,** Ian RL. D. Reidel Publishing Company. Boston. 1987.
23. Thomasma David C, Graber Glenn C. Theory and Practice in Medical Ethics. The Continuum Publishing Company. New York. 1989.
24. Veatch Robert M. Medical Ethics. Jones & Bartlett Publishers. Boston USA. 1989.
25. Veatch Robert M. Medical Ethics. Kennedy Institute of Ethics Boston-London Jones & Bartlett Publishers
26. **Vidal M.** Diccionario de Ética Teológica. Editorial Verbo Divino 1991. Navarra, España.
27. Warren T. Reich. Editor in Chief. Encyclopedia of Bioethics. Georgetown University. Vol. 1 y 2, 3 y 4. Editor of the Free Press. Inc. New York 1982.

III. La ética en los aciertos y los abusos técnicos de la cirugía raquimedular

Francisco Escobedo R.**

Hemos visto en los últimos tiempos, como la literatura científica que refleja los avances de la medicina aumentan forma exponencial cada año.¹ En las ciencias neuroquirúrgicas se vive experiencia semejante, y cada año también se encuentran novedades y progresos de aplicación práctica en el acto operatorio que se adicionan a los conocimientos ya establecidos.²

Es un hecho el avance progresivo de la cirugía. Nos ha tocado ser testigos como la cirugía raquimedular ha cambiado dramáticamente en los últimos años. Los avances en ingeniería biomédica y en la tecnología de imágenes, combinados con el creciente mejor conocimiento de la biología y la biomecánica de las alteraciones de la columna han llevado al diseño y fabricación de equipos e instrumentos a fin de mejorar los resultados en la cirugía raquimedular, que cada vez expande más su campo de acción, particularmente en el área de la

reconstrucción vertebral, la estabilización y la fusión con apoyo en la instrumentación.^{3,4}

Se vive ahora el ejercicio de la medicina con una mayor participación de la tecnología, lo que ha permitido mejorar la salud y calidad de vida a millones de pacientes.

Estos nuevos descubrimientos han tenido una repercusión trascendente sobre el diario ejercer de la cirugía raquimedular. Se han cambiado algunas técnicas e indicaciones quirúrgicas tradicionales, antes globalmente aceptadas, y como consecuencia, se ha tenido así mismo que replantear los programas de aprendizaje, y de adiestramiento en habilidades y destrezas, no sólo de los cirujanos en formación, si no también de los cirujanos ya formados que aun contando con sólidas bases profesionales y amplia experiencia en la cirugía tradicional, necesitan actualizarse, mantenerse al corriente para poder practicar la cirugía del momento.

*Académico titular. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

Esto exige del cirujano raquimedular de hoy, adaptar su pensamiento y sus acciones a los cambios producidos por el avance científico, un avance científico que con resultados haya probado y comprobado sus bondades.

En la etapa inicial, este avance científico, analizado desde diferentes puntos de vista, es motivo de discusión y controversia a muchos niveles tanto de sociedades médicas, de industrias biomédicas, de autoridades de salud y hasta de las compañías de seguros de atención médica.

En nuestros días, la medicina se halla dominada por el modelo occidental de la alta tecnología con el supuesto de que la medicina de "alta calidad" equivale a medicina de "alta tecnología". Esto es fomentado, en ocasiones por el desbordado entusiasmo y la exigencia de profesionistas conectados directamente con ese desarrollo, de la publicidad muchas veces exagerada, así como los intereses de poderosas compañías fabricantes de la techno-

Buscando que estas novedades antes de ser aplicadas demuestren ser de utilidad clínica, diversas organizaciones en EU han formado Centros de Evaluación Tecnológica (CET), que valoran la eficacia, bondades y riesgos para la salud de nuevas tecnologías, instrumentos, aparatos y procedimientos médicos.⁹

El CET evalúa ciertos aspectos científicos para determinar si la nueva tecnología mejora resultados en salud, y en calidad de vida.

Los requisitos que debe cumplir una nueva tecnología para ser aprobada son entre otros:¹

- 1.- Que los resultados favorables en aspecto de Salud se hayan comprobado a corto y largo plazo siguiendo un estricto y riguroso protocolo de investigación que de evidencia científica de seguridad y efectividad.
- 2- Que comparando con tecnologías en existencia ya probadas, la nueva tecnología demuestre ser tan benéfica o más que cualquier otra alternativa de tratamiento en uso.

Es en este marco actual de la cirugía raquimedular donde el cirujano desenvuelve su diario quehacer debiendo conservarse siempre dentro de los más rigurosos principios de la bioética. Pero es también en este marco donde el cirujano se puede

ver influenciado por diversos factores que en ocasiones, a alguno pudiera llevarlo a infringir las reglas de la ética, como serían las faltas por omisión y las faltas por abuso.

1. Faltas

I. Faltas por omisión

- a) No estar bien informado acerca de los más recientes y más efectivos procedimientos y técnicas quirúrgicas, para cumplir con el deber profesional de estar familiarizado de los avances médicos, tecnológicos y de la evolución actualizada de la medicina.
- b) No aceptar los cambios, y aún oponerse a ellos por tratar de seguir practicando los procedimientos tradicionales en los cuales puede ser que haya sido un experto, intentando defenderlos aún con argumentos ya no operantes, sin querer ver las ventajas de una nueva opción.
- c) No aceptar la necesidad de un aprendizaje, pensando que ya se sabe todo y se es capaz en todo.
- d) Resistirse a la aceptación de que todo va cambiando y que lo nuevo, si ha probado ser bueno y útil, deberá aprenderse por obligación profesional ya que va en ello el bien de los enfermos.

II. Faltas por abuso

- a) Exagerar los beneficios de las nuevas técnicas y los nuevos aparatos e instrumentos más allá de la realidad queriendo fundamentar todo en lo último, lo novedoso, sin valorar rigurosamente si ofrece o no ventajas para el enfermo.
- b) Exagerar el uso de la nueva tecnología, por razones de ya contar con el nuevo equipo e instrumental y querer emplearlo constantemente.
- c) Abusar de las indicaciones quirúrgicas.
 - c.1) Por tratar de alcanzar un número determinado de casos operados o afán de primicias.
 - c.2) Por ya haber aprendido la nueva técnica y obtenido el adiestramiento.
 - c.3) Por intereses económicos.

2. Aciertos

Los aciertos son muchos y se obtienen cuando se sabe aplicar adecuadamente todas las novedades y avances, conscientes de que brindan un beneficio al paciente y estos se logran:

a) Cuando se ha ponderado con total equanimidad los riesgos, los costos y los beneficios que el empleo de un nuevo procedimiento y equipo pueda reflejar para el enfermo.

b) Cuando habiendo hecho la valoración integral del enfermo, se han considerado ventajas y desventajas de aplicar nuevas técnicas en ese caso en particular.

c) Cuando se ha comprobado que la nueva técnica y el nuevo equipo instrumental sobrepasan en ventajas a los procedimientos existentes en uso, y mejoran la seguridad y los resultados que se obtienen con otras opciones de tratamiento ya probadas en casos clínicos similares.

d) Cuando se han valorado todas las opciones de manejo y tratamiento del enfermo, las tradicionales y las de nueva tecnología y con claridad de pensamiento, sin presiones ni influencias, se concluye que la que brinda más beneficios al enfermo es la nueva tecnología.

e) Cuando aquel que propone el uso de la nueva tecnología ha adquirido los conocimientos, la preparación, las habilidades y destrezas técnicas y la experiencia necesaria para el manejo de los problemas médicos específicos y es competente para manejar las posibles complicaciones resultantes del empleo de nueva tecnología.

f) Cuando se selecciona correctamente las indicaciones quirúrgicas.

g) En fin, cuando se hace una medicina humanizada que aproveche la ciencia y la tecnología sin llegar a ser esclava de ellas, cuando se sigue el principio básico de la ética para el cirujano raquimedular, -como para cualquier médico-, que es de aplicación universal y de aplicación en todo momento de la actuación profesional, es decir tener siempre, primero que nada como objetivo principal, el beneficio del enfermo, cuidando su organismo, su cuerpo, protegiendo su salud y su vida, respetando su dignidad y entendiendo su espíritu y su persona, y cuando se actúa con diligencia, pericia, prudencia y honestidad.²

Referencias

1. **Guarner V.** Nuevas tecnologías y nuevos daños iatrogénicos. *Gac Med Méx* 1995;131:533-534
2. Escobedo F. Bioética en Neurocirugía. En *Memorias Primer Congreso Internacional sobre Humanismo en Medicina*. Edit. Universidad Anahuac, México 1990:18-19.
3. **Crock HV.** *A Short Practice of Spinal Surgery*. Ed. Springer Neurosurgery, Second revised edition. 1993:338.
4. **Osnabruock AW.** *Neuro-Orthopedics. Focus on spine*. Ed. Springer Neurosurgery Orthopedics 1996;Vol. 20-21
5. **Garza GR.** La distorsión de la información médica. El papel de los avances tecnológicos médicos en la relación médico-paciente. *Medicina y Ética*. México. 1995;6: 311-322.
6. **Gleeson S.** Paying for innovations in Surgery. *Bull of the Am. Coll. of Surgeons* 1996;81:10-13.
7. **Mckneally MF.** Benefits, risks and cost of innovations *Bull of the Am. Coll. of Surgeons* 1996;81: 9-10.

IV. El juicio bioético en la toma de decisiones para el manejo de los tumores cerebrales malignos

José Humberto Mateos-Gómez*

La sospecha diagnóstica de una neoplasia maligna en cualquier parte del organismo establece le inmediato un serio compromiso del médico con el paciente, con su familia y con el medio social. En irmer lugartiene que completartodos los estudios necesarios para saber, con la mayor certeza posible, el grado de desarrollo de la lesión y la posible extensión de la misma, ya sea por continuidad o por metástasis. Al terminaresteste proceso debe plantear el tratamiento primario y el complementario explicando claramente las ventajas, riesgos y costos de los mismos, de tal manera que la decisión si se acepta o no sea no sólo de él sino, también del paciente y de sus familiares.

Una vez aceptado éste, debe procurar que los procedimientos prescritos se lleven al cabo en la forma más correcta y expedita y después de ello evaluar el resultado de los mismos y cautamente omunicar el triunfo o fracaso a la persona interesada.

Si el tratamiento no fue exitoso y no hay otra alternativa terapéutica debe informar de lo mismo, a sea al paciente o si éste no está en condiciones e comprenderlootolerarlo, a sus familiares cercanos, de tal manera que se realicen las acciones legales o económicas que juzguen pertinentes. Si e acerca el fin de la vida de su enfermo, debe procurar que su estado anímico sea el mejor posible usando la terapéutica adecuada, procurando que o sufra, eliminando o disminuyendo los síntomas dolorosos y cuando el deceso se presente, ayudar n los trámites legales necesarios para este acto nal de la existencia humana.

Si la enfermedad que causo la muerte tiene un componente genético importante, por lo cual es posible que la puedan sufrir otros miembros de la familia, entonces debe comunicárseles, para que e practiquen los estudios necesarios para el diagnóstico temprano y, a través de ello, el éxito terapéutico máximo que es prevenir la enfermedad.

Estas reglas generales del comportamiento médico respecto a la enfermedad oncológica tienen desde luego vigencia en las neoplasias que afectan al sistema nervioso central de las cuales tomaríamos como ejemplo la más maligna que es el glioblastoma multiforme.

Antes quisiéramos hacer notar que el concepto de malignidad o benignidad de un tumor es histológico, pero que la clasificación clínica debe también abarcar la topografía del mismo, porque no es muy benigna una lesión que afecta al cerebro.

Los gliomas cerebrales son tumores de alta malignidad tanto desde el punto de vista estrictamente patológico, dado que tiene pleomorfismo, mitosis, rápido crecimiento, vasos de malformación y necrosis, como por el severo déficit funcional que causan y la rapidez con que terminan con la vida del que los padece. Como es sabido, estas neoplasias rara vez metastatizan, y cuando esto sucede, es generalmente en enfermos en que la cirugía oncológica tendía a ser muy radical, situación que hoy no sucede.

Las estadísticas de mortalidad se han modificado poco, no obstante que sí se ha modificado la técnica quirúrgica que además se ha beneficiado por mejores quirófanos, anestesia, electrocoagulación, banco de sangre, antibióticos, etc., y también la radioterapia para la que se ha construido mejores aparatos, siendo el último de ellos el acelerador lineal para lesiones grandes y el llamado "cuchillo gama" para las pequeñas.

Existen otros aparatos que dan la radiación en el seno del tumor, se han empleado microondas, congelación, acelerador lineal en forma limitada, se han estudiado a profundidad los efectos de la radiación y se han preparado mejor a los médicos que la administran.

Paralelamente ha evolucionado la quimioterapia de endovenosa a intrarterial y la local con esponjas que se implantan en el seno del tumor, o

*Académico titular. Academia Nacional Mexicana de Bioética. Neurocirujano adscrito, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"

el empleo combinado de todas estas técnicas con estrógenos o antiestrógenos.

Distintas sustancias se han empleado, la vincristina, el cisplatino y la nitrosourea, entre otras.

Estos medios terapéuticos pueden aumentar el promedio de vida de dieciocho y en unos casos a treinta meses, pero en su uso se deben de tomar en cuenta los factores que mencionamos al principio, si el tumor ha destruido una zona elocuente, por ejemplo, ha dejado al paciente con una afasia total y una hemiplejía derecha o sólo le ha producido una crisis focal transitoria de la mano izquierda, y la lesión está localizada en punta del lóbulo temporal derecho. Es evidente que en este segundo caso, esta plenamente justificado el realizar todos y cada uno de los tratamientos dado que vamos a prolongar una vida útil con fenómenos de relación completos y aun con posibilidades de ganancia económica por más de un año, mientras que en el primero se debe ser más conservador y se puede confirmar el diagnóstico radiológico, hoy en día de gran exactitud, con una pequeña biopsia y hacer un tratamiento con radioterapia que disminuya el crecimiento de la neoplasia, sin causar mayor molestia al paciente que la caída del pelo.

Igual comportamiento sería el indicado en los casos de que una lesión de esta naturaleza este invadiendo el tronco cerebral, el paciente este cuadripléjico y tenga dificultad o imposibilidad para la deglución y su función respiratoria este comprometida. En mi opinión en este caso no deben de hacerse mayores esfuerzos por prolongar una existencia fatalmente comprometida a corto plazo, sino sólo hacer estos últimos días menos angustiosos.

Un problema similar lo plantean los tumores metastásicos al sistema nervioso en general y al encéfalo en particular. En ocasiones es la metástasis cerebral la que primero da síntomas, ya sea una pérdida de la conciencia transitoria o más frecuentemente una crisis convulsiva focal. Antes del advenimiento de la tomografía computada o la resonancia magnética, el diagnóstico era muy incierto y sólo se lograba por medio del estudio anatómopatológico transoperatorio, pero ahora la presencia

de lesiones múltiples con características definidas hacen el diagnóstico con un muy alto grado de certeza. Ante esta sospecha el estudio completo del cuerpo es mandatorio usando medios radiológicos o de radio-isótopos, además del examen general que debe hacerse en todo enfermo. La detección del primario en ocasiones no sólo hace mandatorio el ataque sistémico, sino que en algunos casos como el coriocarcinoma metastático a pulmón y a cerebro, las lesiones ceden con el tratamiento de metotraxate, sin necesidad de extirparlas; lo mismo puede suceder en casos de linfomas o carcinomas prostáticos detectados oportunamente.

En otros desgraciadamente la invasión es generalizada y no existe un tratamiento para el primario que sea satisfactorio y naturalmente tampoco para las metástasis, esto es frecuente en los carcinomas pulmonares y en algunos mamaros. En estos casos no considero ético el sujetar al paciente a la extirpación de una sola lesión, cuando estas sean múltiples y estén situadas en zonas elocuentes. La metástasis única de un carcinoma primario conocido y aparentemente controlado plantea otra posible solución. Si es pequeña y no esta en zona elocuente o si son dos o tres y están en zonas profundas pueden ser tratadas con el bisturí gama con resultados a veces satisfactorios. Es imposible el establecer reglas fijas en estos casos y la decisión deber ser conjunta del médico convencido de que lo que está haciendo es para lograr un beneficio prolongado al paciente y no una remuneración económica y del paciente que este convencido e informado de que su tratamiento puede ser sólo paliativo y no curativo y esté decidido a afrontar los problemas y molestias o gastos que este le puede causar.

Esta es la actitud actual, ya que los adelantos que esta teniendo la medicina la pueden modificar a corto o largo plazo, pero lo que no debe modificarse es el código ético que todo médico en el pasado, presente y futuro ha llevado y debe llevar dentro de sí mismo que es parte misma de su esencia humana.

V. La bioética en cirugía y/o radiología intervencionista en patología cerebro-vascular (MAV, Aneurisma, etc.)

Sergio Gómez-Llata-Andrade.*

El impresionante avance de la tecnología y ciencia neurológicas, trajo aparejado ante el cúmulo de conocimientos, el desarrollo de la neurocirugía vascular que se consolida a mediados de este siglo, dedicando su interés en los aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, historia natural, con particular interés, en el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades vasculares, hemorrágicas y oclusivas.

Los medios de información, radio prensa y televisión, han hecho del conocimiento general de la población muchos de los avances tecnológicos, creando conciencias de los pacientes y familiares sobre las decisiones en que deben participar, aunado esto a la disminución de la ética profesional de los médicos y casas comerciales, han propiciado la desconfianza del enfermo, ante indicaciones a veces contradictorias del mejor camino para resolver el problema de aneurisma y MAV.

En ocasiones, es difícil establecer reglas bioéticas en disciplinas que parecen competir en el manejo de estos problemas, es evidente, que tanto el neurocirujano como el imagenólogo intervencionista, cada uno en su campo, pondera los resultados obtenidos como más satisfactorios, aduciendo razones técnicas, de morbimortalidad y aun, implicaciones económicas, sociales y religiosos.

Es evidente que a la fecha, la neurocirugía debe ser la rectora, considerando a la intervencionista radiológica como un complemento en el manejo de malformaciones y aneurisma, la elaboración de protocolos de investigación clínica con grupos multidisciplinarios que incluyan neurólogos vasculares, internistas, psicólogos, neuroanestesiólogos, radiólogos intervencionistas y neurocirujanos dictará la pauta a seguir, ya sea endovascular, quirúrgica o mixta para el tratamiento adecuado de aneurisma y malformaciones arteriovenosas.

No debemos olvidar que el motivo de nuestras acciones, es el paciente en el que debemos buscar el máximo de beneficio y el mínimo de daño, el paciente debe participar de manera activa en la toma de decisiones, lo que queda relegado a sus familiares, en el caso de alteración de sus funciones de relación, se debe participar el riesgo-beneficio de las acciones propuestas, los trastornos secundarios que podrían presentarse, y el afán del médico de modificar la historia natural de estas enfermedades, basado en su experiencia, en la de otros escrita en la literatura médica y en la infraestructura del medio donde se propone la acción.

La aplicación práctica de las ideas, bioética pragmática, basada en la acción, hizo aceptar universalmente que tanto los aneurismas como las MAV, deben atenderse de manera temprana, ya sea por procedimientos quirúrgicos endovasculares o de radioterapia.

La cirugía temprana en aneurismas ha mejorado en forma espectacular el pronóstico de los pacientes, evitando el resangrado y permitiendo un tratamiento enérgico, hipertensión inducida, hemodilución hipervolemia en el espasmo secundario al sangrado que hacia perder hasta el 20 ó 30% de los enfermos.

A pesar de los avances, de las técnicas quirúrgicas, de radiología intervencionista y radioterapia, la ruptura de aneurisma ocasiona la muerte o deja inhabilitados a la mitad de los enfermos que la padecen, por lo que los esfuerzos actuales se encaminan al diagnóstico de estos procesos y tratamiento precoz antes que ocurra la catástrofe hemorrágica.

A pesar que las técnicas endovasculares se inician a principio de siglo, en 1904 por Dawson embolizando la carótida externa y con cera líquida en un paciente con un tumor facial, no es sino pos-

*Invitado Academia Nacional Mexicana de Bioética Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

terior a la introducción de la angiografía por Moniz en 1927, la cateterización vascular por Seldinger en 1953 que Djindjian en 1962 inicia el estudio hemodinámico y tratamiento endovascular de las MAV.

Servinenco en 1974, asombra al mundo quirúrgico publicando su técnica en más de 300 casos con oclusión transitoria para angiografía selectiva y el uso de balones desprendibles para la oclusión de vasos aferentes, aneurisma y fístulas carotido-cavernosas.

La tecnología ha permitido el uso con catéteres cada vez más finos y delicados que navegan en

arterias de pocos milímetros, permitiendo el estudio funcional, prueba de amital y el depósito en malformaciones y aneurismas de material embolizante, incluyendo espirales de platino que colocados por angiografía ultraselectiva ocluyen a la luz de los vasos anormales o de los aneurismas.

Consideramos que tanto las técnicas endovasculares como las neuroquirúrgicas tienen indicaciones precisas, que se deben discutir en grupos multidisciplinarios, para así alcanzar desde el punto de visto bioético el mayor beneficio al menor costo de nuestros pacientes.

VI. El consentimiento informado como deber bioético del cirujano

Manuel Velasco-Suárez*

Hacer el bien en medicina, conlleva el deber de preguntarle al enfermo *qué es el bien* para él; ya en el ejercicio de ese diálogo se promueve la autonomía y su capacidad de decisión para autorizar o no lo que se pueda hacer en favor de su bienestar y restauración de su salud, El límite un tanto indefinido, entre una acción auténticamente benéfica, que cuente con la libertad de decisión del paciente, y una acción de autoridad paternalista, en la que el PACIENTE, es expropiado de su derecho de autodeterminación. Sólo es explicable en la emergencia o aun en casos de incompetencia. En tal circunstancia el neurocirujano está obligado a recurrir al familiar más próximo y responsable del enfermo y/o al tutor al Comité de Bioética institucional para legitimizar las decisiones.¹⁸

En cuanto sea posible, será aconsejable restituir las condiciones mínimas para que eventualmente el enfermo pueda manifestar su voluntad y opción personal. Tal esfuerzo en casos de TCE severo o craneo-hipertensivo de cualquier etiología que disminuye el estado de alerta, es propio del conocimiento y experiencia profesionales. En otros casos la validez del consentimiento es sustituido o

hasta interpretado, si no supuesto, con base al excepcional conocimiento previo del enfermo en la "alianza terapéutica", médico-paciente.

En la co-pertenencia de autodeterminación, se subraya la actividad de la bioética como guía conductual de cada una de las partes, donde la empatía y actitud humanitaria por parte del neurocirujano, se traduce sustancialmente en apertura al diálogo como característica de la relación terapéutica interpersonal. Del esfuerzo por promover la autonomía, emerge el sentido de la dignidad humana. En el reconocimiento de nuestro "ser-persona", uno prestador de la atención y servicio, y el otro usuario que espera la beneficencia de aquella relación se cifra la confidencialidad necesaria para lograr la participación del paciente en la toma de decisiones.

La comunicación de la verdad al paciente y familiares, reviste diferencias particulares, de acuerdo con la cultura, competencia mental y la honrada consideración ética del médico.

El sentido más humano de la comunicación se da en la práctica incondicional de escuchar, que hoy parece ir en dirección contraria, cuando el

*Presidente de la Comisión Nacional de Bioética y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

Neurocirujano no tiene tiempo para oír y menos para informar al paciente y familiares, dejando tal responsabilidad a cargo de los médicos residentes..., no siempre experimentados.

El respeto a la autonomía personal es una condición implícita en la doctrina de la "autodeterminación".

Es un concepto que surge desde la Constitución de los Estados Unidos y que aparece en nuestra Carta Magna como derecho a la libertad inalienable de todos los ciudadanos, basada en la dignidad innata de los seres humanos. Este concepto de personal autonomía en el contexto de la clínica marca una norma en las decisiones médicas, cuya falta se identifica con la negligencia de buscar el consentimiento del paciente antes de cualquier operación electiva.

La obtención del consentimiento informado para dar curso a estudios diagnósticos y para cualquier forma de terapéutica médica. La regla moral que prohíbe que una persona prive a otra de su libertad, requiere que el médico obtenga el consentimiento libre de toda coerción. El solo término de "consentimiento informado" resulta inadecuado en la práctica ética porque parece referirse a la mera comunicación, de relativa información que frecuentemente es transferida a los residentes que no convalida el "proceso médico-paciente" para el consentimiento.

Algunos médicos también neurocirujanos han interpretado su deber para obtener el válido consentimiento hasta como un estorbo legal para asegurar la firma del paciente en un documento preparado (machote) de aceptación... hasta manifiestan inconformidad por el tiempo necesario para conseguir el consentimiento, que en su opinión necesitan educar a los enfermos para satisfacerlos requerimientos de validez de su consentimiento.

Estudios estadísticos al respecto demuestran que la mayoría de los clínicos no integra, con la adecuación ética necesaria, el consentimiento de sus pacientes.

Las diferencias entre lo legal y ético para la validez del consentimiento que hemos enumerado antes en tres elementos críticos:

- 1) El médico debe informar con toda sinceridad y amplitud a sus pacientes;
- 2) El consentimiento debe ser obtenido sin coerción;

- 3) El paciente debe estar capacitado mentalmente y ser competente para aceptar o rehusar cualquier procedimiento médico-quirúrgico.

El consentimiento obtenido sin satisfacer estos tres elementos carece de validez excepto en situaciones en las cuales por emergencias y aceptaciones familiares responsables justifique la decisión paternalista del médico. El tiempo no cuenta para obtener el válido consentimiento, no es cronológico ni de espera en graves urgencias, donde el concepto implícito del consentimiento permitirá la solución pragmática en tales situaciones donde está presente la beneficencia hacia el paciente con la obligación del médico de poner en su servicio todos sus conocimientos y habilidades, presuponiendo con razón que el paciente daría su consentimiento si fuera capaz de hacerlo. En casos en el que el neurocirujano esté frente a esta situación no puede dejar pasar el tiempo y debe actuar en lugar de esperar el consentimiento..

Acerca del tipo de información más adecuada para los propósitos del consentimiento hay quienes, clínicamente, lo sienten imposible porque dicen que todo paciente para satisfacer las condiciones válidas para el consentimiento deberían tener educación médica(!)

La información adecuada incluye aquello que racionalmente la persona quisiera saber para tomar una decisión terapéutica ofrecida por el médico. Esta información incluye:

1. Los hechos básicos de la enfermedad que sugieren la posibilidad terapéutica para tratar tal o cual condición;
2. Los riesgos significativos y beneficios esperados en el tratamiento y los que puede enfrentar el enfermo si no se realiza tratamiento alguno;
3. El curso de las recomendaciones terapéuticas y las razones médicas para su recomendación sin exageraciones en pro, ni en contra.

Los riesgos o peligros terapéuticos deben analizarse con franqueza señalando que pueden ir desde ligeros de poca magnitud, hasta los muy graves en neurocirugía, como puede ser la pérdida de una función, de varias, la discapacitación y/o hasta la muerte, aun cuando esta última sea remota e infrecuente (0.001).

El paciente requiere toda esta información, porque necesita balancear los riesgos y los beneficios de acuerdo con sus propios valores y metas en el cuidado pasional de su salud.

Durante el proceso de información el neurocirujano imparte dos conocimientos, los relativos a los hechos "per se" y su propia opinión en el caso del paciente, ambos necesitados de una adecuada presentación sin intentar separarlos del todo. Los hechos deben ser analizados de manera clara nunca sesgada con exageración para los riesgos ni para los beneficios, puesto que si así ocurriera iría implícita una sutil influencia para tal vez lograr una decisión poco justificable.

Al expresar su opinión sobre las opciones de tratamiento y cuando deben realizarse, resultaría erróneo si el médico le recitara un menú de opciones en el vacío de su recomendación. Al paciente debe permitirle separar entre los hechos de su propio cuadro clínico y la opinión terapéutica, que como tal sin recomendaciones le comunica el Neurocirujano con el que puede discrepar.

La coerción de todo tipo debe estar ausente para la validez del consentimiento. "El uso en el lenguaje de poderosos incentivos negativos (amenaza, de dolores intensos o de privación de libertades) resultaría irrazonable que el paciente se animara a resistirlos oponiéndose a una intervención neuroquirúrgica...." Formas sutiles de coerción existen cuando en adición a la bondad obvia del procedimiento el médico sugiere su retiro dizque para que el paciente obre libremente. También cuando intencionalmente se exagera el riesgo de una forma de tratamiento y se minimizan los riesgos de otro, en realidad se esta practicando una coerción sutil.

Cuando el clínico enmarca los hechos con términos absolutamente médicos que el paciente apenas si alcanza a entender, conscientemente, aun cuando sea sin malicia, esta llevando al enfermo a situaciones de decisión impredecibles por lo tanto sin validez.

Por ejemplo ante un paciente de edad avanzada se le da a escoger entre si aceptaría o no la resucitación cardiopulmonar en caso de suspensión de estas funciones y la negativa que lo dejaría abandonado a su suerte, sin embargo, si se explica adecuadamente al paciente que su condición vital es grave que en caso de que se logre la reanimación

y/o resucitación quedaría con muchas limitaciones e infima calidad de vida, esto le daría oportunidad al paciente a tomar una decisión que elimine la coerción sutil de la primera opción.

La ciencia ligada a la medicina actual, da sustancia a la autoridad del médico para suscitar la confianza de los enfermos y la positiva sanción social. Pero con diferencias individuales de carácter, puede favorecer la emancipación de sus deberes, ignorando la deontología del neurocirujano que le exige fidelidad a los preceptos bioéticos. La posesión de una "muy alta" especialidad(!) dominada por la neutralidad afectiva, expuesta a ambiciones de prestigio, suele posponer y hasta olvidar el derecho del enfermo y el deber de escuchar sus opiniones. La imposición paternalista es ajena al consentimiento informado y reconocimiento de la autonomía ineludible, del paciente poseedor también de invariable dignidad humana.

En la prudencia para decir y actuar con la verdad, debe ir implícito el deber de no dañar, de no mentir y respetar los derechos del enfermo y los culturales de la familia o grupo al que pertenece.

La mejor relación médico-paciente requiere del apoyo fundamental del lenguaje, de la palabra y de la mirada, como esfuerzo del médico ante la necesidad y obligación de establecer la mejor comunicación, escuchar e instruir al enfermo en situaciones particulares, aceptando externar algo o callar (?), consecuencias letales que debe conocer la familia o que el paciente no quiere que se sepa... (?)

La función del "médico como medicina" se matiza, en la relación de empatía con el paciente, quien si prefiere al especialista, es porque lo siente como auténtico "curador", incitando a tomar decisiones unilaterales descuidando la comunicación informativa que merece el enfermo sin actitudes que "infantilizan" y minusvaloran su autonomía. El modelo contractualista, supone la aceptación voluntaria por igual de ambas partes, donde no caben actitudes predominantes de una de las partes frente a limitaciones de la otra que, frecuentemente por sus sufrimientos no exige la información con la que debiera contar para expresar su CONSENTIMIENTO, en cuyo caso se pierde la VALIDEZ pragmática del consentimiento informado en la toma de decisiones.

El válido consentimiento informado sustentado por el principio de Autonomía, significa un PROCE-

SO (no un documento) que asegura la libre disposición y entendimiento del paciente para la opción elegida sin coerción alguna, para aceptar el procedimiento terapéutico.

La protección legal no es necesariamente un propósito bioético, sin embargo, si afianza la autonomía y el respeto a la dignidad del enfermo preservándolo de toda manipulación, es bienvenida cuando llena las condiciones de confidencialidad desarrollada en el buen curso de la relación terapéutica médico-paciente. Jamás podrá ser usada como protección primaria y utilitaria del médico.

El proceso del consentimiento informado

Cuatro elementos son básicos para considerar VALIDO el proceso del consentimiento informado:

1. Provisión de información.- que incluye la mejor comunicación, sinceridad y franqueza en las recomendaciones, aclarando beneficios, riesgos y alternativas de las medidas terapéuticas,
2. Comprensión.- Por la experiencia médica y la capacidad de los pacientes, las variables de comprensión exigen prudencia, paciencia y la mejor voluntad médica para interpretar al enfermo y favorecer el acuerdo de entendimiento comprensivo mutuo.
3. Voluntariedad.- Las personas enfermas son vulnerables a la manipulación en el proceso del consentimiento informado. Es obvio que la validez del mismo dependa de la libre voluntad y ausencia de cualquier coerción; la sensibilidad y habilidad del agente de salud y uno de ellos es el neurocirujano, serán tanto más valiosas, en cuanto mas se inclinan en favor del enfermo y logran su confianza y seguridad para dar o rehusar su consentimiento para las acciones terapéuticas especialmente operatorias.
4. Consentimiento.- La información válida que pretende la aceptación de un procedimiento terapéutico, supone el "entendido" cabal y "activo", por parte del paciente y no solo el asentimiento pasivo. La relación del binomio cuanto más activo, mejor, para animar un buen proceso de mutuo entendimiento con la responsabilidad que la Bioética Pragmática exige en bien del enfermo y respeto a su autonomía.

La preparación para el consentimiento informado empieza desde el primer encuentro paciente-médico. Es necesario un mínimo grado de precisión y muy alto de sinceridad mutua para que el proceso de "alianza terapéutica" consiga el honorado éxito deseado.

Información de la verdad. En el centro de la atención del paciente esta el ejercicio de la verdad mutua: *el paciente* espera que el médico sea honrado, capaz y eficiente, y el médico a su vez espera que el paciente sea sincero y *confiadamente* le informe ampliamente de su enfermedad, intereses. Por obvia que sea la veracidad en la relación médico-paciente, es esencial y necesaria para los mejores propósitos de ambas partes.

Los criterios de CONFIDENCIALIDAD, son variables de acuerdo con el caso y propósitos del sigilo médico. Debe ser practicada sin dogmatismos y satisfaciendo los requisitos de la deontología pragmática, a veces no reñida con el sano utilitarismo que Kant postulaba, que cuando la apreciación de riesgos, no modifican los intereses del paciente y los propósitos del neurocirujano que sin ser curativos buscan una valiosa experiencia aprovechando circunstancias irrepetibles...! Cuando el enfermo no desea que los familiares obtengan mayor información, el médico debe atenerse a los preceptos deontológicos aplicados con el mejor criterio del "secreto profesional", vigente en la práctica médica general. De existir la necesidad de informar a terceros, -con el fin de evitar conflictos de tipo legal- la mejor recomendación es convencer al enfermo, que sea el mismo quien informe de su padecimiento, o solicitar su comprensión para que autorice plenamente al médico a hacerlo.

La desconfianza puede ser explicable por la vulnerabilidad determinada por la enfermedad, en cuyo caso la "alianza terapéutica contractual" no funciona ni en la posibilidad de "negociación", (?) pues la salud no es negociable, ni la enfermedad es un objeto físico, solo la honradez del neurocirujano podrá resolver cualquier dilema siempre en favor del paciente, cumpliendo con la relación moral médico-paciente alcanzando; la validez del consentimiento como consecuencia de la cabal información responsable en correspondencia a la comprensión humana de las partes.

Esta última noción, unida a la idea de los derechos negativos de Locke,¹⁵ constituye un eslabón

ent a la filosofía de autonomía y la noción pragmática de la justicia para favorecer la decisión final de aceptar o rechazar un tratamiento médico-neuroquirúrgico.

bioética y dignidad humana

La dignidad humana es, sin lugar a dudas, una de las nociones bioéticas más invocadas. Defenderla constituye el reto de excelencia inaplazable para los Neurocirujanos en quienes los enfermos libremente han depositado su confianza para recuperar la salud. Vulnerar la dignidad supone, el mal radical mayor, como indicio de la erosión moral profanadora del más íntimo e inviolable recinto personal. Después de esta falla toda maleficencia podrá esperarse.

Dejando establecida la "religión de la comprensión", el valor intrínseco del consentimiento válidamente informado depende también de la positiva actitud del cirujano,

Es "consecuencialista" resaltar la fundamental importancia de la conducta bioética y la nobleza incomparable del bien entre los humanos, habida cuenta de que "dar y recibir como deber y derecho ... con el irrevocable carácter de fin en sí mismos, nunca exclusivamente del hombre como medio.

Nada ni nadie justifica la negación de la información para satisfacer el precepto bioético de contar con el válido consentimiento del enfermo ante cualquier decisión de cirugía neurológica.

Referencias

1. Beauchamp TL, Bowie NE. Ethical Theory and Business. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1989.
2. Beauchamp TL, Faden RR. A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press, 1986.
3. Bert NW, Culbert Sh. Moral Theory and Neurology: *Neurol. Clin.* 1989;7:681-697.
4. Bernat JL. Ethical Issues in Neurology - Butterworth Helmenann. Boston-London-Oxford. Newton Mass, 1994:23-89.
5. Cazares ARM. La Autonomía y el Consentimiento Informado de los Pacientes. Boletín de la Comisión Nacional de Bioética. Año 2, Num. 5, Dic.95/Enero 96.
6. Chapman AR. Health Care Reform: A Human Rights Approach. Georgetown University Press. Washington, D.D. 1994.
7. Dahan R, Caulin C, Figea L, Kanis JA, Caulin F, Segrestaa JM. Does informed consent Influence therapeutic outcome? A clinical trial of the hypnotic activity of placebo in patients admitted to hospital. *Br Med J* 1986;293:363-364.
8. Drane J. Competency to give an Informed consent. *JAMA* 1984;252:925-927.
9. Ética y biotecnología. Dilemas éticos en la medicina actual. 7 Gafo J. Fundación Humanismo y Democracia. Universidad Pontificia Comillas Madrid-España. 1993.
10. Guidelines on the termination of Life-Sustaining treatment and the care of the dying. The Hastings Center. Indiana University Press Medical Ethical Series. 1987.
11. Harney DM. Medical Malpractice, Indianapolis: Allen Smith Co., 1973.
12. Human genetic information. Science, Law and Ethics. Ciba Foundation Symposium 149. John Wiley & Sons Lt. Chichester 1994. UK.
13. Kilner JF. Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient-Selection. Yale University Press. New Haven London. 1990.
14. Lewis P. The drawbacks of research ethics committees. *J Med Ethics* 1982;8:61-64.
15. Locke John. Two Treatises of Government (1690) Bk. 2, par. 135. London: Cambridge University Press, 1967, pp. 375-376. A crítica 1ª edición with and introduction and apparatus criticus by Peter Laslett.
16. Mappes T, Zembaty J. Definition of Death and the Euthanasia. Biomedical Ethics Cap. 7. McGraw-Hill Inc.. New York. U.S.A. 1991.
17. O'Neil O. Paternalism and partial autonomy. *J Med Ethics* 1984;10:173-178.
18. Reilly Philip. The Surgical Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
19. Spencer E. Competency and consent to treatment. *JAMA* 1985;253:778-779.
20. Veatch RM. An Theory of Medical Ethics. New York. Basics Books; 1981, and *Autonomy's Temporary Triumph*, Hastings send rep, 1984;14(S):38/41.
21. Velasco-Suárez M. Salud Mental y Bio-ética en Psiquiatría, Ponencia en el IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, Palacio de Medicina, 27 de Junio 1996.