

DESAFÍOS BIOÉTICOS EN LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Dra. Zuleica del Carmen Galí Navarro.

Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias, verticalizada en Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular. Profesora auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Máster en Bioética. Máster en Enfermedades infecciosas. Máster en Urgencias médicas.



Desafíos bioéticos, tema difícil, engorroso y muy actual, no solo en Cirugía cardiovascular, sino en cada paso, en cada momento de nuestra vida laboral y profesional y en la personal también.

Que es la bioética?, La palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Potter en su libro “Bioethics: bridge to the future”¹, en el que se define como la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos. Sigue un código deontológico, que establece como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los seres humanos, está estrechamente ligada a la profesión médica desde la Grecia clásica con el Juramento Hipocrático².

Las cuestiones éticas nos obligan a reflexionar sobre los objetivos de las cosas que hacemos, de las que omitimos y de cómo las hacemos para que cumplan unos mínimos éticos básicos, basados en los cuatro principios, ordenados en dos niveles que interactúan entre sí: un 1er nivel o ética de mínimos donde se engloban el principio de Justicia y de No Maleficencia, ellos constituyen un mínimo obligatorio para todos, algo que todos debemos cumplir y de lo que somos responsables no sólo moralmente sino incluso legalmente. Y un segundo nivel, ética de máximos, compuesto por los principios de autonomía y beneficencia que responden al sistema propio de valores de cada cual, no puede ser impuesto a nadie desde fuera, la obligación parte de la conciencia de cada uno. De ahí que Diego Gracia escribiera que: “El ejercicio de la medicina no sólo exige la bondad técnica sino también la ética. Además de ser un buen técnico, el médico tiene que ser un técnico bueno, sus actos tienen que ser correctos y buenos. Un acto médico será correcto cuando esté hecho con pericia y técnica, y será bueno cuando además cumpla con las exigencias de la ética. Ante un mismo hecho pueden tomarse distintas decisiones, todas ellas razonables y prudentes. La pruden-

cia no debe confundirse con el consenso, y menos con la unanimidad”³.

La ética quirúrgica es particular, una de las características del pensamiento quirúrgico es el dilema de: “lo opero o no lo opero”. Ya lo había definido Ambroise Paré, cirujano francés considerado como el primer médico consagrado completamente a la cirugía, y a él se le atribuye esta afirmación: “la cirugía tiene cinco funciones: eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido y reparar los defectos de la naturaleza”⁴.

Uno de los principios básicos en el ámbito de la cirugía es el actuar por el mejor interés del paciente, tomando en cuenta que durante la operación este es completamente dependiente del equipo quirúrgico. El acto quirúrgico, representa una invasión y agresión cruenta al paciente, donde el enfermo pone, literalmente, su vida en manos de un médico depositando toda su confianza en él, por tanto lo ético no sólo debe estar en el acto quirúrgico, ni en la cirugía como profesión, sino en toda la vida y conducta del cirujano. Desgraciadamente, y aunque en nuestro país no es tan evidente, en los tiempos que corren, la relación cirujano-paciente se ha deteriorado por múltiples factores: la necesidad de solventar situaciones económicas, la competencia exagerada, la insatisfacción profesional, la falta de recursos, la burocratización de los servicios, la tecnologización de la medicina, todo ello ha influido sin duda en el comportamiento ético de los trabajadores de la salud, trayendo como consecuencia lo que se ha dado en llamar “deshumanización del ejercicio de la medicina”.

Dentro del campo de la cirugía, la Cirugía cardiovascular es una ciencia joven. El corazón ha sido uno de los órganos más desconocidos a lo largo de la historia de la medicina, se dice que se ha tardado 2000 años en recorrer los 3 cm que separan la piel del pericardio. Desde que Harvey des-

cribiera por vez primera el corazón en su obra “Exertitatio anatomica de mortus cordis y sanguinis in animalibus”⁵ hasta el trasplante cardiaco materializado por Barnard⁶ en 1967 y la implantación de corazón artificial por Cooley y Liotta⁷ en 1969, sin dejar de mencionar a Gibbon⁸ con su máquina de circulación extracorpórea, el desarrollo de esta rama de la cirugía ha sido vertiginoso, con grandes adelantos científico-técnicos, los cuales unidos a otros como ingeniería genética, genoma humano, clonación, arriando de útero, entre otros, han constituido un auténtico desafío para los ámbitos científico, jurídico, moral y religioso, lo que hace que la Bioética tenga un papel preponderante y el equipo de trabajo constituido por cirujanos, perfusionistas, anestesiólogos, intensivistas, psicólogos, cardiólogos, enfermeros, debe ser capaz de resolver y tomar decisiones que son trascendentales para el futuro de una persona que se encuentra entre la vida y la muerte, ya sea dentro del quirófano o en el postoperatorio inmediato, por ejemplo, los Testigos de Jehová y su negativa a la aceptación de sangre, los Niños, Discapacitados y Ancianos con su “falta de autonomía”, su pobre cooperación con el tratamiento y las dificultades técnicas de la cirugía a estas personas, el Trasplante cardiaco y el Corazón artificial, la cirugía en embarazadas o en núlparas que quieren parir, la selección de qué tipo de prótesis valvular implantar. Unido a esto sabemos que los enfermos que tienen patologías quirúrgicas cardiacas son enfermos crónicos y llegan a la cirugía con cierto grado de deterioro por lo que las complicaciones son de mayor envergadura que en otro tipo de cirugía, sin olvidar además que vivimos en un país tercer mundista y bloqueado, con carencias materiales que complejizan aún más las cirugías propuestas y que limitan las opciones terapéuticas, a pesar de los esfuerzos que realiza el gobierno cubano solventar estas dificultades.

Vemos algunos ejemplos de ellos:

- **Los Testigos de Jehová:** La negativa a someterse a cualquier tipo de examen o tratamiento está dentro de los derechos de los pacientes. Discriminar a cualquiera de ellos por tomar decisiones de salud basados en creencias religiosas o de cualquier otra índole contraviene su autonomía y libertad individual. Podemos citar varios documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 10 de diciembre de 1948)⁹, la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamenta-

les (4 de noviembre de 1950)¹⁰, la Carta Social Europea (18 de octubre de 1961)¹¹, la Convención para la Protección de las Personas (28 de enero de 1982)¹² y la Convención de los Derechos del Niño (20 de noviembre de 1989)¹³, todas ellas iniciativas internacionales para garantizar el respeto a la autonomía, libertad e intimidad de las personas.

Pero, cuando un Testigo de Jehová rehúsa transfundirse, los médicos tratamos de buscar directivas que nos permitan obviar este deseo y aportar la sangre, claro está, con la intención de proteger la vida de ese paciente.

Este conflicto tiene variantes dependiendo de la legislación vigente en cada país. El código de ética de la International Society of Blood Transfusion estableció en 2000: «Los pacientes deberán estar informados de los riesgos y beneficios conocidos de la transfusión de sangre y/o terapias alternativas, y tendrán el derecho de aceptar o rechazar el procedimiento».

En nuestro país, es imposible realizar ninguna acción u omisión contra la vida de una persona para complacer un reclamo religioso. Y así consta en la ley de salud pública:

1. Art. 18: Los métodos de diagnóstico que impliquen riesgo, se realizan con la aprobación de los pacientes, excepto en los menores de edad o incapacidad mental, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor, o representante legal en su caso.
2. Art. 19: Las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes, se realizan con la aprobación referida en el artículo anterior. No obstante en aquellos casos de carácter urgente, en los que peligre la vida del paciente, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se hacen sin la aprobación antes consignada.
3. Sección quinta. Artículo 25.1: Está exento de responsabilidad penal el que causa un daño al obrar en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de su derecho, profesión, cargo u oficio o en virtud de obediencia debida”.

Por tanto, si está indicada la trasfusión de sangre, el médico debe actuar. El médico puede dejar de tener en cuenta la petición de un paciente testigo de Jehová y penalmente no va a tener consecuencias, pero si accede a su solicitud y ocurriera la muerte de su enfermo, incurre en problemas legales.

Hay otros países como Inglaterra, Italia, Irlanda, EE.UU., Japón, Francia, Argentina, Uruguay, Perú, Chile donde se respeta la autonomía del paciente y se considera que la administración de sangre a un paciente que la ha rehusado es ilegal e inaceptable éticamente.

Pero, visto desde otro ángulo, yo me pregunto: ¿qué vida le estamos ofreciendo a ese paciente, que después que recibe sangre donada va a ser rechazado por su comunidad religiosa? ¿Es que acaso la espiritualidad no forma parte de la salud de un individuo? Según la Biblia: Levítico 17:10, “Si cualquier hombre de la casa de Israel, o de los forasteros que residen entre ellos, come sangre, yo pondré mi rostro contra esa persona que coma sangre, y la cortaré de entre su pueblo.” ¿No es acaso una obligación del médico no hacer daño, ni físico ni moral? Y abstenerse de la transfusión de sangre representa para el Testigo de Jehová un serio requisito moral. Se trata de vivir de acuerdo con lo que se piensa y se siente y esas personas sienten ese deber moral, y si no lo cumplen su calidad de vida será nula.

- **El trasplante cardíaco:** En nuestro país la práctica de las donaciones y los trasplantes se basa en los principios de voluntariedad, altruismo, gratuidad, anonimato y equidad. Muchos han sido los retos científicos, técnicos y éticos a los que se ha tenido que dar respuesta para llegar a la situación actual del trasplante, no solo en nuestro país, bloqueado y pobre, sino en el mundo y a pesar de que ha supuesto un enorme avance en el conocimiento de la biología y en el bienestar de las personas, existen dilemas bioéticos como el significado y diagnóstico de la muerte, la aceptación del concepto de “muerte encefálica”, la constitución de la identidad humana, las fronteras entre los individuos y entre las especies.

El trasplante cardíaco tiene la particularidad que necesita un cadáver para que pueda realizarse, es decir que salvar una vida implica la pérdida de otra. Esto conlleva una carga emocional importante para el equipo de trabajo, ya sea el equipo que mantiene el paciente en Muerte Encefálica como el que atiende al futuro receptor. Y por otro lado, la familia del donante, sufre el impacto de una situación médica inesperada en una persona casi siempre joven y saludable, y tienen que tomar la decisión de donar, o no, los órganos, mientras que la familia del enfermo, debe tolerar el sufrimiento que significa la situación de su familiar, su deterioro y la incertidumbre de si aparece un órgano com-

patible. Resultados negativos en estos casos, no sólo deterioran la moral familiar del afectado, sino que son motivos de desesperanza para el resto de candidatos a la técnica, además del impacto negativo en la opinión pública.

Hay que considerar además que los órganos para trasplante obtenidos de personas fallecidas son un recurso escaso, por tanto, es menester indispensable asegurar que existan condiciones de equidad en el acceso a este recurso, evitando actitudes antiéticas e inmorales como el tráfico de órganos y turismo de trasplante.

Además, los fármacos usados, los inmunosupresores, son medicamentos muy caros y que conllevan a riesgos sobre el paciente por presentar una estrecha ventana terapéutica, así que su administración debe ser consensuada.

- **Corazón artificial:** Desde un punto de vista ético el uso del corazón mecánico debe someterse a los mismos criterios que cualquier intervención quirúrgica, es decir, tiene que existir una proporcionalidad entre el riesgo que supone para el paciente y los beneficios que se pueden obtener. Recordar que no todo lo técnicamente posible es éticamente justificable, porque no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo.

- **El dilema** aún sin resolver de qué tipo de válvula protésica debe elegirse en los pacientes jóvenes, fundamentalmente en nulíparas ha preocupado a los cirujanos. La opción de la prótesis mecánica, requiere anticoagulación de por vida, lo cual es impráctico en estas regiones remotas donde los medios y recursos son limitados y educación médica de los pacientes es pobre. El sustituto biológico, la bioprótesis, tiene una durabilidad limitada con una probabilidad esperada de recambio cada 5-10 años, lo que también crea conflicto tanto en el médico como en el paciente que sabe de antemano que su expectativa de vida es limitada en el tiempo.

- **Existen conflictos** cuando atendemos a niños pequeños y a ancianos, o a pacientes que no pueden hacer uso de su derecho de autonomía. La beneficencia supone actuar persiguiendo el bien para el paciente. Pero se necesita una beneficencia no paternalista, donde se proponga al paciente las mejores acciones de cuidados posibles respetando su forma de vida y sus decisiones, su autonomía y en muchas ocasiones incurrimos en la omisión de una parte de la información necesaria al paciente, relacionada con su estado de salud y la no comunicación explícita del diagnóstico, lo

que priva al paciente de ejercer plena autonomía en la toma de decisiones presentes y futuras relacionada con su enfermedad.

No quiero finalizar antes de hacer algunas reflexiones. La bioética es inherente e inseparable de la buena práctica médica.

Mucho se escribe y se habla de deberes del médico y de derechos de los pacientes, pero, ¿y mis derechos? ¿Hasta cuándo tengo que respetar la autonomía del paciente? ¿Y mi autonomía? ¿Es que acaso no termina la autonomía o determinación de un paciente cuando empieza la mía como médico?

El Convenio de Oviedo de noviembre de 1996 relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, establece: "...el ser humano debe ser respetado como persona y como perteneciente a la especie humana, debiendo garantizarse su dignidad, respetando su autonomía". Habla del "ser humano" y nosotros los médicos también somos seres humanos. Franz FW. Escribe en "Los Testigos de Jehová y la cuestión de la sangre" "...No quiero decir que el médico esté obligado por la opción del paciente a hacer algo que esté en contra de la conciencia del médico. Sí quiero decir que el paciente no está obligado por la conciencia del médico a hacer algo que sea contrario a la opción del paciente, y por consiguiente el médico puede tener el derecho y la opción de no hacer nada".

Las múltiples exigencias que la sociedad está imponiendo a los profesionales médicos, hacen que con demasiada frecuencia éstos se enfrenten a conflictos de intereses de difícil manejo. Por tanto, es necesario saber lo que le corresponde hacer y a lo cual no puede renunciar, lo que nunca debe realizar y lo que sí puede hacer pero sólo bajo ciertas condiciones.

Al hipertrofiar el principio de autonomía, el acto médico se convierte en una acción técnica al servicio de la solicitud de un usuario informado, algo así como "tratamiento a la carta", privando al médico de la intencionalidad de buscar el bien para su paciente. Lo que trato de decir es que debemos consensuadamente legislar lo que es mejor para todos, médicos y pacientes, sea cual sea su religión o deseo. El testamento vital, el consentimiento informado, la objeción de conciencia son herramientas bioéticas que existen y que debemos aprender a usarlas, para resguardar la dignidad de la persona por la única razón de ser una persona, y por tanto tener dignidad.

Referencias Bibliográficas

- 1.-Potter VR. Bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall, INC; 1971.
- 2.-Juramento de Hipócrates. Fórmula de Ginebra. Asociación Médica Mundial: Asamblea 8/11 - IX - 1948
- 3.-Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
- 4.-Paré A. Disponible en: http://cirugia.uah.es/ambrosio_biogra.html.
- 5.-Harvey W. Exertitatio anatomica de mortus cordis y sanguinis in animalibus. Citado por: Concha Ruiz M. Inicio y desarrollo histórico de la cirugía del corazón. Boletín de la Real Academia de Córdoba.1992; 122:185-193
- 6.-Barnard. C. Christiaan Barnard, el pionero de los trasplantes de corazón. Disponible en: <https://www.bbvaopenmind.com/ciencia/grandes-personajes/christiaan-barnard-el-pionero-de-los-trasplantes-de-corazon/>
- 7.-Liotta-Cooley Artificial Heart. Disponible en: <https://www.si.edu/newsdesk/snapshot/liotta-cooley-artificial-heart>
- 8.-Gibbon JH. Development of the Artificial Heart and Lung Extracorporeal Blood Circuit. JAMA 1968; 206: 1983-6.
- 9.-La Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- 10.-<https://www.google.com/search?channel=crow2&client=firefox-b-d&q=Convenci%C3%B3n+para+la+Protecci%C3%B3n+de+los+Derechos+Humanos+y+Libertades+Fundamentales>.
- 11.-Carta social europea. Disponible en: <https://rm.coe.int/168047e013>
- 12.-Convención para la protección de las personas. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ConventionCED.aspx>
- 13.-UNICEF. Convención sobre los derechos del niño. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.