

**ÉTICA**

**EN**

**ANESTESIOLOGÍA**

**F. López Soriano**

**Curso de Especialista en Derecho Sanitario y Bioética. 2004-2005.  
Universidad de Murcia**

<b>Índice:</b>	<b>Página</b>
Introducción.....	3
Práctica anestésica en Urgencias.....	4
El Consentimiento Informado.....	5
Consulta Preoperatoria.....	7
Intraoperatorio.....	8
Postoperatorio.....	9
Unidad de Dolor Agudo.....	10
Reanimación cardiopulmonar.....	11
Asistencia a procedimientos invasivos.....	12
Donación de Órganos.....	13
Sedación terminal.....	14
Investigación.....	15
Anestesia de Calidad.....	16
Bibliografía.....	17

## **Introducción:**

La Anestesiología, en definición de la Sociedad Americana de Anestesiología, es la práctica de la medicina dedicada al alivio del dolor (agudo ó crónico) y al cuidado del paciente quirúrgico antes, durante y después del acto quirúrgico. Hoy habría que añadir la asistencia al paciente que debe someterse a exploraciones desagradables (sedación en radiología, endoscopias, etc), el soporte del paciente crítico en el área de Urgencias, y la participación en cuidados paliativos al final de la vida.

Este enorme abanico de posibilidades de ejercicio asistencial se complementa con los otros dos aspectos del ejercicio de la profesión: la docencia y la investigación.

Esto hace que el anestesiólogo se enfrente a múltiples y específicos conflictos éticos, según el área asistencial o aspecto profesional al que dedique su labor. La mayoría de las veces, se enfrentará cada día a varios conflictos diferentes, dadas las características asistenciales del desarrollo de su trabajo.

El anestesista está envuelto en el cuidado de dos tercios de los paciente ingresados en el hospital.

El acto anestésico implica una enorme responsabilidad, proporcional al alto riesgo que supone el manejo de la anestesia. Responsabilidad personal (está obligado a la constante puesta al día de sus conocimientos) y responsabilidad con el paciente (contractual y extracontractual) a recibir la mejor alternativa que pondera resultados y riesgos, respetando la autonomía del paciente.

La mayoría de los especialistas consideran a la anestesia como intrínsecamente inseparable de otro acto médico determinante (no se anestesia a un paciente si no es para operarlo, someterlo a una exploración dolorosa ó evitarle el dolor que padece). Esto implicaría la asunción por el paciente de la anestesia, cuando decide someterse al proceso original. Se trata de un consentimiento "obligado" pues no se operaría sin anestesia, una decisión subrogada de otra, en la que prepondera mas la información de las diferentes técnicas anestésicas (las mas apropiadas, las mas inocuas), y de los riesgos potenciales que conllevan. Por las características propias de la organización del trabajo y la complejidad de la información que se precisa para tomar decisiones en aspectos de salud, el paciente carece, en la mayoría de las veces (o en aquellas mas serias, como el caso de la urgencia vital) de la capacidad de poder decidir sobre un abanico de opciones. En estos casos, el consentimiento informado pierde su contenido, quedando en una mera explicación de que se le va a hacer, las razones de su elección y los riesgos (ponderando la información con la necesaria preparación psicológica de apoyo al paciente).

### **El Anestesiólogo en las Urgencias:**

Urgente es aquello que evoluciona agravándose en las siguientes horas de producido, pudiendo comprometer seriamente la sobrevivencia del paciente, precisando ser resuelto a la mayor brevedad. En este contexto se incluyen la cirugía por abdomen o tórax agudos, los traumatismos, los grandes quemados, los cuadros metabólicos graves, la intervención cesárea, etc.

Una característica consustancial con la urgencia es la imprevisibilidad en el tiempo, esta cualidad obliga a decisiones rápidas acompañadas de información incompleta o inadecuada en tiempo y lugar, pues el paciente ni tiene tiempo de elegir, ni es capaz de comprender, sujeto como está a la sensación de muerte o secuela grave. No existe relación médico-paciente previa.

Una parte importante de los casos se ven asociados a consumo de alcohol o drogas, vienen acompañados de la policía, son fruto de una agresión, son indigentes, o concurren otras situaciones que, frente a la urgencia, desarrollan agresividad.

Cuando se trata de la Puerta de Urgencias de un hospital comarcal, la carencia de ciertos recursos (técnicos, diagnósticos, o terapéuticos) se palia con la derivación del paciente al hospital de referencia. En estos casos la decisión de traslado debe explicarse a la familia, garantizando la aceptación del paciente por el Servicio de referencia, no se traslada hasta que se tiene el convencimiento de que puede ser admitido en destino. El paciente debe enviarse en el medio, y con los soportes adecuados a sus necesidades, garantizando que soporta el traslado y que la asistencia que reciba in itinere será la misma que recibiría dentro del hospital remitente.

El abordaje del dilema ético del Anestesiólogo en las Urgencias precisa de la evaluación de la situación, del principio ético en conflicto, la posibilidad de alternativas, y la solución adoptada al respecto. Debe responder como mínimo a:

¿Cuál es el problema?, ¿cuál es la intervención médica apropiada?, ¿cuál es el beneficio?, ¿cuáles son las preferencias del paciente?, ¿si tiene o no capacidad de decisión?, ¿consecuencias de la aceptación o rechazo?, y ¿cómo afectará a su vida futura?.

### **El Consentimiento Informado:**

Es obligación legal, y condena por malpraxis (no se ajusta a la *lex artis ad hoc*), la falta de CI explícito para la anestesia, aunque las situaciones de Urgencias son una excepción a este mandato, tanto en España como en diversos países europeos y americanos.

La doctrina del CI responde al respeto del principio de **autonomía**, entendida como la capacidad de decidir sobre nuestra propia vida. Este razonamiento no es posible en situaciones de coma, delirio, obnubilación, shock, etc. Esto hace que el anestesiólogo tome decisiones de la competencia del paciente, entendiendo que no serán contrarios a los deseos y valores del paciente, si este estuviese en posesión de sus facultades para decidir. Si la urgencia fuese diferible (aquella que puede resolverse con actuaciones más dilatadas en el tiempo), se debe explicar al paciente el procedimiento anestésico y obtener el consentimiento escrito.

La validez del CI se sustenta en la información “pertinente” y en la decisión libre y “capaz” del paciente.

Pertinente es aquella que permita tomar una decisión adecuada a las necesidades. Debe contener información sobre el procedimiento, sus alternativas, las ventajas e inconvenientes, los efectos esperados, los riesgos a los que se enfrenta, y las repercusiones que puede tener en su vida futura.

La comunicación de riesgos adquiere una indudable complejidad, debido en parte a que la anestesia se desenvuelve entre un amplio rango de riesgos, que pueden ser mayores o menores en consecuencia, comunes o raros en incidencia, causales o incidentales en su presentación, convenientes o inconvenientes en el tiempo, esperados o inesperados, relativos o absolutos, quirúrgico-dependientes o no, ó una combinación de varios de ellos. Esto se sobreañade a las dificultades de la comunicación, causadas por las percepciones del paciente, las del anestesista y la interacción médico-paciente.

Se han propuesto cinco normas universales sobre la información para un correcto CI: Primera, “Norma del 1%”: El anestesista debe informar al paciente de todas las complicaciones con una incidencia mayor del uno por ciento.

Segunda, “Norma de la muerte”: Situación del paciente moribundo, en el que la muerte es una posibilidad aún superior a la suma de otras “pequeñas” complicaciones.

Tercera, “Norma de lo razonable”: Aquello que razonablemente desea y/o necesita conocer el paciente para afrontar la anestesia.

Cuarta, “Norma de todos los riesgos”: Informar a todos los pacientes de todos los riesgos, menos aquellos que por la incidencia o por lo poco razonable, son insignificantes para la clínica.

Quinta, “Norma del buen juicio”: Conocida como “sentido común”, en la que el anestesista sopesa y pondera la información necesaria, a fin de no causarle “espanto” (pasma, horror) al paciente.

Capaz es la posibilidad de comprender la decisión terapéutica, y las consecuencias previsibles de la aceptación o el rechazo de su aplicación. La edad (decisiones en niños), el nivel cultural, el estado de conciencia y el tiempo disponible frente a la urgencia, modulan la posible capacitación del paciente en la toma de decisiones.

Factores como el dolor, la coerción, el engaño o manipulación de la información, comprometen la libertad del paciente .

Un caso particular es el consentimiento informado para la analgesia epidural obstétrica, en el que la información a la paciente se le ofrece en condiciones insuficientes para ejercer su autonomía. La reflexión previa a la decisión es escasa o nula, debido a las condiciones de desnudez, peligro, miedo y dolor de muy alta intensidad, por lo que sería cuestionable si es ético pedir el consentimiento a sabiendas de que apenas se entera de la información, requisito previo para poder decidir libremente. Algunos hospitales han encontrado la solución considerando el embarazo como proceso que tiene “fecha probable de parto” y por tanto, similar a la fecha propuesta para una intervención programada. Estos hospitales, instauran una consulta de preanestesia que se realiza durante el último trimestre del embarazo, dando tiempo a la paciente a valorar pros y contras, decidiendo con la suficiente reflexión, su aceptación o rechazo.

Aun así, ¿cómo una primípara conoce las características del dolor que va a sufrir, si aún no se ha enfrentado a él, y carece de una referencia válida?.

Hoehner cree necesarias siete premisas para que un CI se ajuste a los principios de la ética:

- 1.- Capacidad o competencia del paciente para la toma de decisiones
- 2.- Libertad o voluntariedad en la toma de decisiones
- 3.- Adecuada exposición de la información que necesita o desea el paciente
- 4.- Recomendaciones “neutras” para persuadir sin manipular
- 5.- Adaptadas a su nivel de comprensión o entendimiento
- 6.- Elección del paciente de un plan concreto propuesto por escrito
- 7.- Autorización expresa de dicho plan

**Beneficioso** es aquello que una persona considera como tal, de acuerdo a sus creencias y valores. El paciente tiene el derecho de obtener el máximo beneficio al menor riesgo posible.

El principio de **no maleficencia** estipula la prioridad del interés del ser humano y de su vida, por encima de cualquier otro interés, social o colectivo.

La actuación por debajo de los valores universalmente consensuados es una actitud maleficente. No aliviar el dolor pudiendo hacerlo atenta contra el principio de no maleficencia (primun non nocere).

La competencia profesional es fundamental para no incurrir en maleficencia, pues es la garantía que protege al paciente contra el daño que no está obligado a soportar (la declaración de derechos del paciente de la Comunidad de Madrid incluye el derecho de responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas)

El paciente debe ser asistido con una preparación preoperatoria adecuada a su enfermedad, debe recibir la técnica anestésica oportuna y menos lesiva, estar correctamente monitorizado con arreglo a su situación clínica, y a ser asistido adecuadamente en las situaciones clínicas sobrevenidas. Se debe dejar constancia por escrito de todo el procedimiento, la falta documental atenta legalmente contra la *lex artis*, siendo objeto de reciente sentencia condenatoria.

El principio de **Justicia** responde al principio aristotélico de “dar a cada uno lo que le es debido”. Implica a toda la sociedad, no solo al médico, también al paciente que utiliza los recursos del sistema (limitados), y sobretodo a la Administración Pública que aporta los recursos, y es la garante de los derechos de los pacientes.

La calidad del quehacer diario del anestesiólogo depende en gran medida de la disponibilidad de recursos tecnológicos, y por tanto, de la disponibilidad presupuestaria de su centro de trabajo para afrontarlos. Esto también supone, en ocasiones, un serio dilema ético.

Confidencialidad es el derecho protegido del paciente que obliga al profesional a no divulgar ningún tipo de información relacionado con la enfermedad del paciente.

Hay situaciones legales que anulan el secreto médico, las enfermedades de declaración obligatoria y las situaciones de riesgo comunitario o riesgo a terceros.

En el área de urgencias se ofrece información a los familiares que la exigen sin obtener previamente la autorización expresa del paciente. Esto se agrava si además la información se ofrece en un pasillo, u otro lugar inadecuado, dándose la paradoja de conocer el vecino la situación del paciente antes aún que el interesado.

En los casos que ingresan en Reanimación será preceptivo preguntar al paciente a quien debe informarse, y a quien no, de su situación clínica; y quien tomará decisiones por el en caso de incapacidad temporal por sedación o coma.

**Consulta Preoperatoria:**

Es de obligado cumplimiento legal (sentencia reciente) y parte de la lex artis ad hoc. Su incumplimiento es motivo de malpraxis.

El Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Bilbao califica de negligentes al ginecólogo que realizó una punción folicular aun conociendo que no se había realizado el preoperatorio, y a la anestésista que no aportó pruebas de haberlo hecho, pues es preceptivo el registro escrito de todo el proceso anestésico.

Tiene por objeto establecer el estado clínico del paciente, desarrollar un plan de actuación adecuado, informar al paciente y obtener su consentimiento explícito.

Probablemente es la situación mas adecuada para establecer una correcta relación médico-paciente, ofreciendo el tiempo y la dedicación que otras situaciones de la Anestesiología no pueden ofrecer, para el correcto cumplimiento de los preceptos de la ética clínica. El paciente debe ser informado de si va a ser el entrevistador u otro colega el que le va a asistir en el quirófano.

Hay pacientes que les da miedo perder las riendas de sus decisiones al estar dormidos y rechazan la anestesia general, y hay pacientes que por el contrario no quieren enfrentarse al estrés de estar despiertos mientras se operan, rechazando así las técnicas loco-regionales. En la medida de lo posible se les debe dar a elegir procedimiento. En el peor de los casos, asegurarles que en todo momento estarán seguros y bien cuidados, asistidos siempre a la cabecera por un especialista competente.

### **Intraoperatorio:**

La labor del anestesista consiste en quitar la ansiedad del paciente, asegurar el nivel de profundidad anestésica adecuado a las necesidades del procedimiento, monitorizar al paciente según el nivel de riesgo, corregir situaciones sobrevenidas, revertir la situación de anestesia, y evitar la aparición de efectos adversos como el dolor, la depresión respiratoria o las náuseas y los vómitos, asegurando su paso a la Unidad de Reanimación o la URPA.

La Sociedad Española de Anestesiología editó unas Recomendaciones de revisión periódica de los quirófanos antes de cualquier acto anestésico; igualmente formula en otra publicación los requisitos mínimos de monitorización exigida en cada situación posible de sedación o anestesia. La comprobación de los medios necesarios para esa intervención es requisito obligado antes de anestesiarse al paciente. En alguna ocasión hemos observado como hemos dormido al paciente y el equipo quirúrgico carece de algún material necesario e imprescindible para su realización, despertando al paciente sin haber realizado aquello para lo que ha sido sometido a una anestesia.

Cuando el paciente está dormido y sobreviene una situación crítica, el anestesista tiene que tomar decisiones sin poder consultar con el paciente.

Otras veces el anestesista debe velar por el cumplimiento de la voluntad expresa del paciente sobre la intervención convenida y aceptada por el mismo, y si no fuese así reclamar del cirujano la demora (si fuera posible) del procedimiento hasta conseguir su autorización, aunque para ello sea preciso despertarlo y volver a dormirlo días después.

Este caso se da en situaciones de posible esterilización quirúrgica añadida a otro proceso quirúrgico, para las que no ha sido solicitado el consentimiento del paciente, careciendo de valor alguno la consulta a terceros (familiares).

**Postoperatorio:**

Comprende la recuperación postanestésica. Transcurre en la URPA, una vez ingresado al paciente procedente de quirófano, y se prolonga hasta que el paciente se recupera de los efectos de la anestesia y es dado de alta a la planta de hospitalización, en la que los niveles de vigilancia son necesariamente menores.

Una situación especial es la recuperación de la CMA, en la que el paciente pasa directamente de alta a su domicilio, para lo cual, no solo deben de haber desaparecido los efectos de la anestesia, si no que debe de estar en condiciones de readaptación adecuada al medio extrahospitalario, en un escaso periodo de tiempo (técnicas fast-track)

Desde que el paciente entra en el área quirúrgica hasta su alta a planta debe de estar siempre asistido por la presencia ineludible de un especialista responsable de su estado clínico. La protocolización de unos criterios de alta facilita la labor de la enfermería y evita la variabilidad asistencial.

**Unidad de Dolor Agudo:**

Es obligación del anestesista garantizar, en la medida de lo posible, un postoperatorio libre de dolor (situación idéntica que la analgesia epidural de parto). Es maleficente no tratar el dolor pudiendo hacerlo, máxime cuando la autonomía del paciente está en nuestras manos. No cuidar es descuidar.

Los miedos del paciente que se enfrenta a una intervención quirúrgica son primordialmente dos: si sufrirá dolor, y si tendrá náuseas y vómitos. Es obligación asegurar la correcta asistencia a estos dos problemas postoperatorios, así como hacérselo saber al paciente antes de ingresar, lo que es de gran ayuda moral, eleva la satisfacción y reduce la ansiedad de enfrentarse a la cirugía.

En múltiples ocasiones se ha denunciado la alta prevalencia de dolor agudo en nuestros hospitales (mas de la mitad de los pacientes ingresados padece dolor moderado-severo), y en la mitad de las ocasiones en que hay prescrita una pauta analgésica “correcta”, los pacientes tienen dolor. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿estamos haciendo realmente lo correcto?. La respuesta es que el dolor agudo intrahospitalario es un problema de Gestión, de ética de la gestión, pues obligación del gestor es conseguir hacer eficaz lo que ha demostrado ser efectivo (la analgesia).

Los Servicios de Anestesiología deberían asumir como objetivo de Calidad Asistencial, el tener “bajo control” el dolor agudo intrahospitalario (respondiendo a la propuesta de la OMS para el año 2000, de conseguir un “Hospital sin Dolor”)

### **Reanimación cardiopulmonar:**

En numerosas ocasiones el anestesiólogo se ve inmerso en situaciones que precisan Soporte Vital Básico ó Avanzado, instaurando el ABC de la Preanimación Cardiopulmonar: vía aérea permeable (Airway), restablecer la ventilación pulmonar (Breathing) y la circulación (Circulation)

En la mayoría de las ocasiones el anestesiólogo se persona en el lugar de los hechos, estando ya comenzada la RCP, por tanto la decisión de instaurar el Soporte Vital ya está tomada, y en estos casos no se enfrenta al dilema ético que se plantea en otras ocasiones en las que la decisión se establece entre comenzar maniobras de RCP ó la prescripción de Orden de NO Reanimar. Difícil situación en donde el paciente carece de la necesaria autonomía, y es el anestesiólogo el que debe conducir el proceso de decisión, sopesando los beneficios de la RCP y las pérdidas de poder sobrevivir con secuelas de vida vegetativa ó, en otro porcentaje de situaciones, añadir días de “vida” a una situación que pertenece al proceso natural de la agonía (futilidad médica: procedimiento que no aporta ningún beneficio y trasforma la prolongación de la vida en sufrimiento). Si el tiempo lo permite, se debe consultar con el familiar que ostente la autoridad sobre los parientes (poder de decisión subrogado), y consensuar la decisión con el resto del Servicio. Si la decisión no tiene demora, el dilema moral es únicamente del anestesiólogo, se debatirá entre sus conocimientos (universales) y sus creencias y valores (particulares), lo que supone para el paciente depender del azar, ya que la respuesta estará en manos del médico del Servicio que esté de guardia ese día. Las decisiones de iniciar o detener la RCP dependen muchas veces del reanimador.

Este mismo proceder cabe cuando es la decisión de suspender las maniobras ya instauradas de RCP, aunque en estos casos el dilema se resuelve a través del Protocolo universalmente aceptado (y actualizado anualmente) recomendado por la Asociación Médica Mundial. Este protocolo tiene establecido cuando suspender las maniobras de RCP por inútiles.

Con la reciente Ley que establece el documento de voluntades anticipadas, y en un plazo de tiempo razonable para aceptar este cambio cultural, todas las personas pueden adelantarse a la toma de decisiones y elegir la posibilidad de no recibir medidas sanitarias que conduzcan al llamado “encarnizamiento terapéutico”, en donde son los procedimientos técnicos los únicos criterios de actuación frente al paciente, sin participación de criterio moral alguno. Esta situación está favorecida por la alta tasa de judicialización actual de la medicina.

En las raras ocasiones en que el paciente es consciente y capaz de decidir anticipadamente, debe respetarse el derecho a rehusar libremente el tratamiento propuesto.

Si no hay voluntad anticipada y los familiares no aceptan que no se reanime al paciente, la RCP debe instaurarse incluso en casos considerados de futilidad médica.

Si el paciente sufre un paro cardiorrespiratorio durante el acto quirúrgico, y tras maniobras de RCP el paciente no se recupera y fallece, el anestesiólogo está obligado no solo a documentar detalladamente el hecho (y mejor con la participación de testigos), si no también a adoptar las medida necesarias de custodia de la documentación, por la posible imputación de responsabilidad que lleva el “resultado desproporcionado” del hecho en sí.

**Asistencia a procedimientos invasivos:**

Los procedimientos invasivos son actuaciones clínicas secundarias que ayudan al cuidado del paciente grave pero no garantizan el éxito de la actuación principal (Vía venosa central, catéter de arteria pulmonar, etc). Estos procedimientos no son inocuos y se acompañan de una alta frecuencia de complicaciones que pueden agravar la situación clínica del paciente. Por, tanto la condición estrictamente necesaria para su utilización debe ser la correcta y fundamentada indicación del procedimiento. Solo deben instaurarse en aquellos casos en los que la técnica invasiva indicada sea proporcionada a las necesidades del paciente, abandonando su uso en los casos en que las mismas se consideren desproporcionadas para el fin que se persigue.

Si el procedimiento es requerido por terceros (otros especialistas), se procederá como si de un preoperatorio se tratara, explicando el procedimiento, asegurándose de su comprensión, y reclamando la autorización explícita (CI)

**Donación de órganos:**

Sin entrar en el proceso de donación (decisión y documentación protocolizados), que conlleva conflictos éticos específicos, el anestesiólogo actuará de apoyo técnico en los pasos que sean precisos, y procurará en todo momento de que el donante sea tratado con el respeto y la dignidad que la muerte se merece, máxime cuando se acompaña de el mayor grado de altruismo posible.

**Sedación terminal:**

Esta práctica relativamente reciente de asistencia al final de la vida, viene siendo desarrollada por equipos multidisciplinares, en los que a veces participa el anestesista, pero rara vez es de su competencia absoluta la decisión de instaurar sedación terminal. En estos equipos, como ocurre en el proceso de donación de órganos, el anestesista solo es un técnico que aporta sus conocimientos a otros miembros del equipo, quedando sus obligaciones morales limitadas a respetar y hacer respetar la dignidad humana. En el reciente caso de Leganés, aún subjuice, el dilema se plantea en la idoneidad del lugar donde se aplicaron los tratamientos, y probablemente no habría caso si los enfermos terminales que acuden a los Servicios de Urgencias, una vez iniciado el tratamiento, hubiesen sido trasladados a la correspondiente unidad de Cuidados Paliativos, en donde los 2-3 días de media que llevan a la muerte, reciben un respeto mas adecuado a la dignidad que precisa el paciente.

### **Investigación y Docencia:**

Los Códigos de Nuremberg (1947) y Ginebra (1948) establecieron los principios legales y éticos de la experimentación en personas. Declararon la necesidad de experimentación animal previa, del consentimiento del paciente, de la necesidad del experimento y de la carencia de riesgo, entre otros principios. Posteriormente, la Declaración de Helsinki (1964) añadió la necesidad de protocolo previo, no privar al paciente del beneficio de una terapéutica conocida, y la fidelidad de los resultados en la investigación.

Si la información es importante en la clínica, en la investigación debe ser exquisita, con especial hincapié en la comprensión del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios, alternativas, responsabilidades, y derechos.

Aún mas seria es la investigación en pediatría, justificada en base a los beneficios como la búsqueda de nuevas soluciones para enfermedades pediátricas.

El estudio debe plantearse en la consulta de preanestesia, la habitación del hospital o el antequirófano no son lugares adecuados, desde el punto de vista ético, para reclutar pacientes para un estudio.

Una excepción son los estudios en aspectos de reanimación/resucitación, en donde se considera justificable este tipo de estudios sin el consentimiento informado del paciente (Protocolo de Pittsburg. 1988).

En nuestro país existe normativa legal que regula expresamente los ensayos clínicos en fases II, III, y IV.

La elección de tamaño muestral inadecuado es inmoral y maleficente. Si el tamaño de la muestra no ha sido debidamente calculado para dar respuesta a la pregunta que originó el estudio, este es científicamente incorrecto. Los mismos principios son aplicables a una correcta aleatorización de los sujetos participantes en la muestra.

En la publicación de resultados resulta imprescindible la declaración de algún supuesto "conflicto de intereses", en que puede incurrir el estudio, desde una triple perspectiva del investigador: interés intelectual, interés promocional, e interés económico.

Es obligada la declaración al editor, de la originalidad del manuscrito, y la no remisión del mismo trabajo a otro editor. También es preceptiva la declaración de autoría de los firmantes del artículo.

La investigación cualitativa no ha recibido el mismo interés que la cuantitativa, pero desde el punto de vista ético debe tener, como mínimo, las mismas exigencias morales, ya que en muchos casos indaga las vivencias personales de los pacientes frente a una enfermedad determinada, lo que exige el mismo rigor científico y ético. En estos casos el Consentimiento Informado adquiere tanta relevancia como el necesario para los ensayos clínicos.

### **Anestesia de calidad:**

Aunque la anestesiología no tiene garantía de resultados, la garantía de medios exige que el paciente reciba una atención médica que tienda al alto nivel de calidad postulado por el ordenamiento jurídico, de modo que los daños derivados de apartarse de dicho nivel de calidad se transforman en perjuicios que el paciente no tiene obligación de soportar y, por tanto, en lesiones indemnizables. La administración sanitaria debe aplicar la mejor asistencia posible, correspondiéndole la carga de la prueba de que no es admisible aplicar otra superior en el caso de conflicto con el paciente.

A la administración corresponde la obligación de responder cuando fallan los mecanismos de control, calidad y seguridad, exigidos en la *lex artis*.

¿Cómo se conjuga esto con las limitaciones presupuestarias?. Con la gestión de la eficacia (haciendo eficaz lo que ha demostrado ser efectivo) y la eficiencia (gestión al menor coste posible), garantizando así el principio de justicia.

Es responsabilidad del anestesista ejercer su tarea con las mas altas cotas posibles de calidad, y por tanto tiene la co-responsabilidad de ofrecer al paciente la “mejor asistencia posible”, incluyendo el mejor alivio posible de su dolor, cumpliendo así con la garantía de procedimiento a la que está obligado. Apartarse de este principio está llevando actualmente a la reclamación patrimonial, contemplada en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Publicas.

**Bibliografía:**

Aken H, Bürkle H. The role of the modern anaesthesiologist in perioperative care. PHHE 2005; T19-T22

Anónimo. Editorial: Ethics an clinical research in anaesthesia. Lancet 1992; 339: 337-8

Beecher H. Ethics and clinical research. New Eng J of Medicine. 1966; 274: 1354-60

Breivik H. The future role of the anaesthesiologist in pain management. Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49: 922-926

Decreto 80/2005 del 8 de Julio. Reglamento de instrucciones previas. BORM 164, 19 Julio 2005, pag 17253-7

Derse AR. Law and Ethics in Emergency Medicine. Ethical issues in clinical emergency medicine. Emergency Medicine Clinics of North America 1999; v17, n2

El ginecólogo debe comprobar si hubo consulta de preanestesia. Diario Médico 12.07.05, pag 6

En la investigación cualitativa el CI tiene mucha relevancia. Diario Médico, 24.05.05, pag 15

Exigencia legal de la calidad sanitaria. Rebés Solé JE. Diario Médico 18.03.05, pag 8

Gómez Rubí J. Ética en medicina crítica. Madrid: Triacastela, 2002

Goodare H, Smith R. The rigths of patients in reasearch. Patients must come first in research. BMJ 1995; 310: 1277-8

Guarisco KK. Managing do-not-resuscitate orders in the perianesthesia period. J Perianesth Nurs 2004; 19: 300-7

Hoehner PJ. Ethical aspects of informed consent in obstetric anesthesia: new challenges and solutions. J Clin Anesth 2003; 15: 587-600

Jackson A, Henry R, Avery N, VanDenKerkhof E, Milne B. Informed consent and labour epidurals: what labouring women want to know. Can J Anaesth 2000; 47: 1068-73

Jeffrey D. The ethics of palliative care: European perspectives. J Med Ethics 2005; 31: 9

Kuczkowski KM. Informed consent, the parturient, and obstetric anesthesia. J Clin Anesth, 2003; 15: 573-4

Ley 3/2005 del 8 de Julio, Información sanitaria y autonomía del paciente. Comunidad Autónoma de Extremadura. BOE 186, 5 de Agosto de 2005, pag 27513-24

López-Soriano F, Bernal L. El dolor agudo en nuestros hospitales: un problema de gestión. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20: 43-4

López-Soriano F, Rivas F, Bernal L, Lajarín B. ¿Hasta cuando debemos soportar el dolor agudo en nuestros hospitales?. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2005 (en prensa)

López-Soriano F, Bernal L. Debemos hacer mucho más aún. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 457

Net A, Suñol R. La calidad de la atención sanitaria. En: Abizanda R. Instrumentos de gestión en medicina intensiva. Ed Ergon SA. Madrid 1998, pag 93-107

Pearn J. Publication: an ethical imperative. *BMJ* 1995; 310: 1313-15

Pfleiderer G. The anesthesia of anesthesia. *Anaesthesist* 2005; 54: 192-200

Pérez Ferrer A, Gredilla E, De Vicente J, García Fernández J, Reinoso Barbero. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006; 53: 31-41

Requisitos de uniformidad para manuscritos remitidos a revistas biomédicas: redacción y edición de la publicación biomédica. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). *Farm Hosp*, 2005; 29: 191-208

Sobre la sedación terminal. Casares M. *Diario Médico* 16.03.05, pag 14

Soler Company E, Montaner Abasolo MC. El dolor y su adecuado tratamiento: Consideraciones éticas. *Aten Farm* 2004; 6: 53-63

Tsen LC, Gerard W, Ostheimer "What's new in obstetric anesthesia". *Anesthesiology* 2005; 102: 672-9

White SM. Consent for anaesthesia. *J Med Ethics* 2004; 30: 286-90