



Dilemas bioéticos en anestesia pediátrica

Bioethical dilemmas in pediatric anesthesia

Silvana Cavallieri Badilla^{1,*} , Rodrigo López Barreda², Patricio Vega Guíñez³

¹ Anestesiólogo Hospital Luis Calvo Mackenna y Red Salud UC Christus. Santiago, Chile.

² Anestesiólogo Red Salud UC Christus. Santiago, Chile.

³ Especialista en Anestesiología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Fecha de recepción: 16 de agosto de 2025 / Fecha de aceptación: 15 de septiembre de 2025

ABSTRACT

This article addresses unresolved bioethical dilemmas in pediatric anesthesia within the Chilean context. It highlights 5 critical clinical situations anesthesiologists face: caring for adolescents. Each scenario exemplifies fundamental ethical principles including autonomy, therapeutic proportionality, consent, and non-maleficence. The article advocates for ongoing ethical education and the formation of ethics committees to support clinical decision-making. Effective communication with families is emphasized as vital. Chilean pediatric anesthesia, requires broader ethical discussion that adapts to changing clinical, social and legal realities. Ultimately, these dilemmas highlight the dynamic intersection between medicine, ethics, and evolving societal norms, underscoring the need for tailored ethical frameworks in pediatric practice.

Keywords: Bioethics, pediatric anesthesia, clinical ethics, ethical dilemmas.

RESUMEN

Este artículo analiza los dilemas bioéticos aún no resueltos en la anestesia pediátrica en Chile. Expone situaciones críticas ejemplificadas en 5 escenarios: En cada situación se resalta la necesidad de formación continua en ética y de comités éticos para apoyar las decisiones clínicas. Subraya la importancia de la comunicación eficaz con las familias. Se reflexiona sobre la necesidad de que la anestesia pediátrica chilena amplíe su debate ético ajustándose a realidades cambiantes. En suma, estos dilemas muestran la interacción cambiante entre medicina, ética, normas sociales y normas legales, evidenciando la necesidad de marcos éticos adaptados en la práctica pediátrica.

Palabras clave: Bioética, anestesia pediátrica, ética clínica, dilemas éticos.

Introducción

La práctica de la anestesia en general, y la de anestesia pediátrica en particular, se enfrenta a enormes desafíos e incertidumbres. Casi en ninguna área de la medicina son tan tangibles como en esta, los conflictos para una práctica segura, humanizada y caritativa del acto médico.

Numerosas preguntas nos surgen, más o menos conscientes, cuando enfrentamos la necesidad de proveer el acto anestésico o simplemente el tratamiento del dolor. Son múltiples las condiciones explican la incertidumbre del acto anestésico sobre un niño[1], particularmente en los más pequeños: entre ellas

las peculiaridades fisiológicas que los hacen más susceptibles de daño o incidentes adversos, la imposibilidad de comunicarse con los pacientes más pequeños para realizar la anamnesis y dar confianza o consolar como haríamos con un niño mayor o un adulto, la mayor o menor confianza que poseamos, y demostremos, sobre nuestras competencias para realizar un acto anestésico con todas sus complejidades en un paciente pediátrico, la formación y comprensión de los padres junto con la comprensible ansiedad y temor de los padres (temores que probablemente no surgirían de ser ellos mismo los pacientes que se someten a un acto anestésico). Por último y no menor esta la falta de formación en los aspectos bioéticos de que adolece-

Silvana Cavallieri Badilla
silvanacavallieri@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2796-2456>

ISSN: 0716-4076



mos una gran parte de la comunidad médica anestesiológica ya que no ha sido sino hasta tiempos recientes cuando la bioética como disciplina ha comenzado a formar parte de los currículos en medicina[2]. Por otro lado, en Chile la presencia de un comité de ética asistencial está garantizada por la ley derechos N°20.584, que regula los derechos y deberes de las personas con respecto a su atención de salud. La misma ley contempla que estos comités tienen funciones de asesoramiento y deben ser consultados en ciertas situaciones, como en casos de limitación del tratamiento, alta forzosa o tratamientos irreversibles a pacientes con discapacidad mental. Existe sin embargo, una percepción más o menos generalizada entre los clínicos, que la existencia de estos Comités y sus funciones aún no está debidamente socializada entre la comunidad médica, y que al mismo tiempo que puede existir una desconexión entre la urgencia clínica y los tiempos de respuestas del Comité local. Es probable que parte de esta problemática se deba a que la misma comunidad profesional sanitaria desconoce tanto esos conceptos bioéticos como sus aplicaciones prácticas.

En lo que respecta a la bioética en la práctica de la anestesia pediátrica, no existe hasta donde conocemos un abordaje previo del tema en Chile. Atendiendo a la necesidad de comenzar a suplir este déficit, se nos ha solicitado por parte de los editores de la Revista Chilena de Anestesia, en este número especial dedicado a anestesiología pediátrica, abordar precisamente aspectos y desafíos bioéticos en la práctica de la anestesia pediátrica. Habiendo aceptado entrar en el campo, hemos tomado la decisión de abordar el tema a manera de diálogos, en las cuales un clínico expresa tanto inquietudes propias como otras que ha podido recoger en el entorno clínico y un par de reconocidos anestesiólogos, con formación en bioética responden desde su mirada de expertos. La idea de escribir en formato de diálogos, tiene su sustento en la misma práctica socrática, donde se entiende que el diálogo permite expresar lo que sabemos y llegar a saber más, para lo cual se requiere de una cierta intuición de lo que ignoramos, y por ende el diálogo nos permitiría llegar a saber más. Es probable que ese diálogo que presentamos responda solo una mínima porción de lo que ignoramos. Finalmente, tal vez lo que más relevante del artículo-diálogo que ponemos a disposición de los lectores, sería lograr generar en los anestesiólogos clínicos inquietudes sobre el rol y dilemas que plantea la bioética en el ejercicio de la anestesia pediátrica.

Dr. Rodrigo López. *¿Puede hacernos un resumen, basado en sus conocimientos y experiencias sobre que se entiende por bioética? ¿De que se ocupa exactamente la bioética en salud humana? ¿Cuál es la columna vertebral de la bioética? ¿cuáles son los conceptos básicos que los clínicos debiéramos conocer?*

Respuesta. La bioética es una rama de la filosofía moral que se ocupa de analizar los problemas a que nos enfrentamos los clínicos en nuestro quehacer cotidiano. A mi juicio tiene 4 áreas fundamentales que son 1) bioética fundamental, que se refiere a la filosofía moral; 2) bioética clínica que tiene que ver con los problemas derivados de la relación médico paciente; 3) ética de la investigación que aborda los dilemas éticos relacionados con los estudios de la investigación y 4) ética en la salud pública, a mi juicio la menos conocida de las ramas, y se ocupa justamente de los temas relacionados, como la asignación de recursos, la limitación de libertades individuales como ocurrió por ejemplo en el caso de la pandemia COVID. Es importante

entender la diferencia entre modelos de fundamentación, o sea como vamos a definir lo que es bueno, y los de modelos de análisis, es decir cómo vamos a encontrar en la situación en concreto la mejor alternativa a seguir.

Pero la bioética es eminentemente práctica y es importante recordar que los problemas más relevantes que enfrenta tiene que ver con la proporcionalidad de los tratamientos, con el consentimiento, la autonomía, la competencia y la confidencialidad. Esos serían a mi juicio los problemas más importantes a los que se enfrentan los clínicos. En cuanto a la ética de investigación el consentimiento también es una categoría particular, así como la “falacia terapéutica”, es decir cuando las personas piensan que están siendo tratados cuando en verdad se trata de proyectos de investigación. En relación con la ética de la salud pública probablemente el tema más importante tiene que ver con la inequidad en salud, o de cuando una desigualdad puede ser considerada injusta. Por ejemplo, las diferencias en expectativas entre hombres y mujeres podrían explicarse por factores biológicos, por lo que sería justa, pero las que hay entre personas de distinto país tendrían una causa socioeconómica, por lo que algunos eticistas piensan que deberían ser consideradas como injustas.

Dr. Patricio Vega. *En la práctica de la Medicina chilena ¿la bioética juega actualmente un rol? ¿cómo se aterriza en la realidad de centros de salud chilenos? ¿Qué deficiencia usted percibe en el ámbito de la salud pública y privada?*

Respuesta. En la medicina chilena la bioética juega un rol fundamental orientando la toma de decisiones difíciles en medicina, permitiendo el desarrollo de una práctica respetuosa de la dignidad del paciente, entendida como el valor intrínseco de todo ser humano.

Con el rápido desarrollo de la tecnología en medicina se hace cada vez más frecuente la necesidad de evaluar si estos avances son adecuados a los fines de la medicina y a la situación clínica particular de nuestro paciente. Entendiendo que no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable.

En los centros de salud chilenos la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud promulgada el 2012. Establece la necesidad de contar con comités de ética para el análisis de dilemas éticos, norma su creación, funcionamiento periódico y mecanismos de acceso. La ley señala que, en caso de duda de la competencia de la persona, o si se estima que la decisión manifestada por esta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud, se debe solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento. Además, en caso de atención a menores de edad, el comité debe tener en cuenta especialmente el interés superior del menor. Frente a un dilema ético, personalmente creo que los pacientes siempre se benefician del análisis por un comité que reúne no solo a médicos, sino que incorpora a otros profesionales de salud, abogados, representantes de la comunidad lo cual amplía la visión del caso y ayuda al clínico a tomar una decisión bien fundamentada.

En relación a las deficiencias, nuestro sistema depende de la solicitud voluntaria de análisis por el comité de ética por parte del médico (o algún miembro del equipo o familia) lo que requiere a los médicos estar atentos y sensibles para detectar dilemas éticos de nuestros pacientes. Por lo tanto, podemos pasar por altas situaciones que se favorecerían de un análisis en

profundidad. Afortunadamente, tanto del Ministerio de Salud como el colegio médico existe gran interés por fomentar el desarrollo de los comités de ética y generan instancias de educación y reunión para miembros de los comités. Pienso que como anestesiólogos debemos estar atentos para detectar dilemas éticos que afecten a nuestros pacientes, tenemos la capacidad de generar y liderar equipos y debemos solicitar el análisis ético por un comité cuando nos parezca pertinente.

Silvana Cavallieri. Del intercambio de opiniones con ustedes he podido comprender que la bioética humana se basa en principios que guían la conducta de los profesionales tanto en el ámbito clínico como el de la investigación para proteger los derechos y la dignidad de las personas. Estos principios son:

- 1. El principio de la autonomía. Reconoce el derecho de cada individuo a tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo y salud.
- 2. El principio de beneficencia. Actuar siempre en beneficio previniendo el daño.
- 3. El principio de la no maleficencia. Se trata sobre no causar daño ni perjuicio, cuidando que las intervenciones médicas o de investigación no generen daño o consecuencias negativas innecesarias.
- 4. El principio de justicia. Implica tratar a todos de manera justas, de manera equitativa, garantizando a todo el acceso a los recursos sanitarios y la distribución adecuada de los beneficios y riesgos.

Aunque estos principios, que son más o menos conocidos por la comunidad médica, a menudo son difíciles de aplicar en contextos de incertezas y de escasos recursos. Son aún más difíciles de aplicar si se trata de niños, donde, al menos algunos de los principios, como el de la autonomía colisionan con la capacidad del niño o de sus padres o cuidadores para definir que tratamientos o terapias le son beneficiosas.

A continuación voy a presentar a ustedes distintos situaciones reales pero anonimizadas, que representaron dilemas durante la atención médica anestesiológica para que nos compartan su mirada bioética al abordar cada uno de ellos. En la Tabla 1 se describen las situaciones y los principios bioéticos involucrados.

Situación 1

Paciente femenina de 15 años. Presenta diagnóstico de quemadura facial, cervical y torácica en la infancia con desarrollo de bridas que impiden adecuada movilidad del cuello. Existe una duda razonable de dificultad para intubar. Acude a la visita

preanestésica con su madre a la que se hace esperar en la antesala. Entre los antecedentes destaca que tuvo menarquia a los 12 años. Durante la misma evaluación se logra detectar que la paciente consume drogas (marihuana) con cierta regularidad y que tiene vida sexual activa sin prevención embarazo ni enfermedades de transmisión sexual. Ninguna de las dos circunstancias está en conocimiento de la madre.

Dr. Patricio Vega. En este caso. ¿Debe informarse a la madre o cuidadores de la situación reproductiva y del uso de drogas?

¿Corresponde pedir un test de embarazo antes de programar el acto anestésico quirúrgico?

Respuesta. Como médicos debemos buscar siempre el bien del paciente y llegar a diagnósticos certeros. Para lo cual, es fundamental obtener información fidedigna al elaborar la historia clínica. obtener información fidedigna a su vez requiere establecer una relación médico-paciente que genere la confianza basado en la confidencialidad, un ambiente cálido y sin prejuicios para que el paciente aporte información, especialmente en relación a consumo de drogas, actividad sexual y temas sensibles de salud mental entre otros. Por lo anterior creo que en esta paciente de 15 años se debe asegurar la confidencialidad de la información obtenida en la anamnesis.

Además, la ley chilena considera a los mayores de 14 años dentro del límite de edad para el consentimiento de relaciones sexuales. El hecho está regulado en la Ley N° 19.927, que modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y el Código Procesal Penal en Materia de Delitos de Pornografía Infantil. Disponible en: <https://bcn.cl/2gflu> (septiembre, 2022).

También proteger la privacidad de los pacientes fomenta una comunicación abierta que es fundamental para un diagnóstico y tratamiento efectivo[3].

Legal y éticamente, el derecho a confidencialidad aumenta con la edad del paciente, aunque no existen límites fijos[4].

Los pacientes de menor edad no tienen la capacidad para tomar decisiones autónomas, lo que justifica un mayor acceso de los padres a la información y decisiones de sus hijos, los adolescentes son más propensos a revelar información sensible si se garantiza la confidencialidad[5].

Se debe considerar factores como madurez del adolescente, capacidad de decisión, riesgos y beneficios potenciales de compartir la información obtenida de la anamnesis con los padres.

Dicho lo anterior, como médicos debemos motivar a los padres a comunicarse abiertamente con sus hijos y que idealmente sean ellos los que confíen esa información a los padres.

Tabla 1	
Situación clínica	Tipo de problema bioético
1. Anestesia en adolescentes que involucran el ámbito sexual y reproductivo	Principio de autonomía confidencialidad
2. Anestesia en niños gravemente enfermos o terminales	Proporcionalidad terapéutica
3. Anestesia en niños testigos de Jehová y uso de transfusiones	Sustitución del consentimiento
4. Anestesia en condiciones de escasez de recursos y el conflicto con la oportunidad y la calidad	Proporcionalidad terapéutica
5. Anestesia en situaciones de incertidumbre (o cuando lo habitual se vuelve peligroso). Niños con daño neurológico luego de su primera anestesia	Principio de la no Maleficencia

Sobre si corresponde pedir un test de embarazo antes de programar el acto anestésico quirúrgico. Tomando en cuenta que es una paciente en edad fértil con vida sexual activa, desde el punto de vista anestésico se debe incluir dentro de los exámenes preoperatorios un test de embarazo pensando en que los medicamentos usados pudiesen perjudicar al feto.

Dr. Rodrigo López. *¿Desea agregar algún concepto a lo ya expuesto, sobre todo en relación con el tema de las competencias?*

Respuesta. Desde el punto de vista ético la competencia o la capacidad para tomar decisiones no es todo o nada, a diferencia del concepto legal. Es decir, una persona puede tener las competencias para participar de la toma de decisiones más simples, pero no de decisiones más complejas. Entonces una adolescente de 15 años que ya tiene vida sexual activa y podemos suponer que es capaz de ejercer esa acción de manera libre, es decir con libre consentimiento tiene cierto grado de competencia, aunque desde el punto de vista legal sigue siendo un menor (salvo que un juez la determine como una menor emancipada, que no sería el caso en la situación descrita). Entonces desde el punto de vista moral si tendría cierto grado de competencia y de nuevo, desde el punto de vista legal tendría que firmar un asentimiento y no un consentimiento, que está reservado para las personas que son legalmente competentes. En casos excepcionales uno podría considerar que este paciente si es competente y considerarlo como el sujeto del consentimiento.

Situación 2

Se trata de un paciente lactante menor, con polimorfismos congénitos incompatibles con la vida en el mediano plazo. Las imágenes del cerebro muestran agenesia del cuerpo calloso y escaso desarrollo de la corteza cerebral. Su desarrollo psicomotor está muy disminuido para la edad. La disquisición consiste en ofrecerle a la paciente procedimientos tales como gastrostomía para alimentación y traqueostomía para ventilación mecánica domiciliar. También, se plantean otros procedimientos emergentes como instalación de accesos centrales reiterados ante pérdidas de los accesos venosos. En cualquier caso, el equipo médico establece que ante un eventual paro cardiorrespiratorio se adopte orden de no reanimar. Respecto de este paciente, y como era de esperar que ocurriera, el anestesiólogo de turno, un día no hábil es requerido en forma urgente para re intubar a la paciente que ha perdido la vía aérea y luego de eso se le solicita reinstalar el catéter venoso central por sospecha de infección sistémica.

Dr. Patricio Vega. *En la situación descrita, donde hay una orden explícita de no reanimar. ¿Cómo debe proceder el anestesiólogo? ¿la orden de no reanimar se aplica a los procedimientos como la reintubación? ¿Sería distinto si la indicación de no reanimar no hubiese sido dada aún?*

Respuesta. Los médicos que nos enfrentamos al cuidado de pacientes críticos pediátricos en la mayoría de los pacientes existe consenso claro entre el personal de salud y los padres que se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para lograr la sobrevivencia del paciente, existe otro grupo de pacientes en que existe consenso de no proporcionar ni continuar medidas de soporte basado en un mal pronóstico inminente y existe un

tercer grupo, una zona gris de deliberación médico y ético en que no hay consenso si continuar o no con el soporte intensivo ya sea por poca claridad con el diagnóstico o porque es difícil predecir cuándo ocurrirá un desenlace asociado a la patología. En estos dos últimos casos es necesario plantear la necesidad de adecuación terapéutica.

Adecuación terapéutica se refiere a definir en un determinado paciente no iniciar o suspender medias diagnósticas y terapéuticas según la condición del paciente, con el fin de evitar conductas inapropiadas que puedan causar sufrimiento, dolor, y prolonguen artificialmente la vida. Se adecuan los objetivos del tratamiento al confort y bienestar del paciente. En pediatría es un escenario complejo dado que la decisión debe establecerse en una relación médico-paciente-familia. Cada proceso de adecuación es único, es decir, ajustado a ese paciente en particular y dinámico (sujeto a modificaciones).

Según los principios bioéticos de Beauchamp y Childress en su obra Principios de la Bioética Médica publicado en 1979, en esta decisión debemos considerar: beneficencia pensando en atención médica centrada en las necesidades actuales y el confort; No maleficencia evitando la desproporcionalidad terapéutica; Autonomía que en este caso la ejercerán los padres y debemos promover la participación de ellos en la toma de decisiones; justicia pensando en el uso razonable de los recursos del sistema de salud.

Al adecuar debemos definir qué procedimientos nos parece razonable hacer/mantener considerando el mejor interés del paciente y consideraremos para ello el nivel de sufrimiento, dolor, angustia que pueda causar; los beneficios esperados; la posibilidad de vivir sin medidas de soporte avanzado y relacionarse con su entorno; que tanto prolongará la "vida efectiva"; el apoyo que recibirá el menor en su cuidado; y los deseos y sentimientos del paciente y familia.

En este caso, aparentemente solo se definió no reanimar en caso de paro cardiorrespiratorio, pero falta un proceso más explícito de adecuación terapéutica consensuado entre el equipo médico y la familia y el registro de eso en la ficha del paciente, por lo cual parece éticamente razonable que un anestesiólogo sometido a la disyuntiva de intubar e instalar un acceso venoso en un contexto crítico agudo lo haga y que posteriormente se solicite ayuda por parte del comité de ética de hospital para gestionar un plan de adecuación.

Pienso que en este caso la sola indicación de no reanimar es insuficiente para orientar el actuar del anestesiólogo, a menos que se tratara efectivamente de un paro cardiorrespiratorio presenciado en que lo pertinente sería no iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar. Cualquier escenario clínico diferente requiere un mayor análisis.

Dr. Rodrigo López. *Situaciones como esta son frecuentes en hospitales pediátricos complejos. ¿Cómo deberían abordarse a nivel institucional estos dilemas? ¿Debería existir un "teléfono rojo" donde consultar en situaciones emergentes como estas? ¿Cómo respaldar al anestesiólogo que tome una u otra conducta?*

Respuesta. Estas situaciones no son tan extrañas en la práctica cotidiana y es frecuente que tengamos que tomar decisiones difíciles que tienen un componente ético importante, lo que genera ansiedad en la persona responsable del acto médico. Muchas veces el clínico se enfrenta solo a la decisión difi-

cil, lo que aumenta la carga, por lo que el soporte institucional es de gran relevancia para prevenir el agotamiento moral que puede producirse. En este sentido, el discutir en equipo y con los familiares los posibles escenarios, permite anticipar estas situaciones y así evitar una toma de decisiones apresurada y sin tener toda la información. Esta discusión debe quedar plasmada en la ficha clínica, de modo de entregar al clínico toda la información al momento de producirse la situación. No se trata de hacer una especie de “testamento vital”, sino de describir el contexto y pronóstico actual del paciente, por lo que parecerían desproporcionadas algunas medidas, mientras que otras podrían ser de implementación adecuada.

Lamentablemente, muchas veces los equipos tratantes no toman estas precauciones, por desconocimiento o ingenuidad, por lo que el anestesiólogo se enfrenta a problemas como el del caso en horario no hábil y en situación de urgencia. Alternativas como una consulta ética de urgencia serían ideales, pero la mayoría de las veces no están disponibles. Por otra parte, hay que recordar que los pronunciamientos del comité de ética asistencial no son vinculantes, es decir, el médico clínico no está obligado a seguirlos, sino que se trata de meras recomendaciones, las que no modifican la responsabilidad moral ni legal del clínico. Así, dado que el problema es la sobrecarga moral de la persona que se enfrenta a la situación, resulta apropiado proporcionar el mayor soporte posible, el que no necesariamente deba venir de un comité de ética propiamente tal, sino que también pueda provenir de algún colega con más experiencia.

En cuanto al respaldo del anestesiólogo, las recomendaciones del comité de ética y las discusiones con la familia son antecedentes importantes, pero que no sustituyen el razonamiento clínico y moral de la persona que se enfrenta a la situación, por lo que el mejor consejo es documentar en profundidad el proceso de toma de decisión que motivó la decisión en concreto, incluyendo la eventual consulta a colegas.

Situación 3

Se trata de una paciente femenina, en edad escolar básica, con antecedentes de enfermedad renal etapa IV, en diálisis peritoneal, enlistada en programa de trasplante para recibir un órgano cadavérico. Sus padres, testigos de Jehová ambos, durante la tramitación y estudio que supone el estudio pre trasplante, inicialmente aceptan una eventual transfusión de sangre dado el contexto de gran cirugía. En un momento dado aparece un órgano para ser trasplantado en la paciente y se la hace venir al hospital. El órgano tiene alrededor de 20 horas de isquemia (desde su ex plante en el donante), por lo que, según todo el conocimiento actual, la cirugía debería llevarse a cabo en el más breve plazo para limitar las horas de isquemia del órgano y atenuar la posibilidad de daño renal agudo.

En ese momento aparece el conflicto, ya que los padres se oponen a firmar el consentimiento de la cirugía si no se les asegura que su hija no recibirá transfusión alguna durante el procedimiento.

Dr. Rodrigo López. *¿Cómo debería procederse en este caso? ¿Cómo se aborda el tema del consentimiento y su sustitución?*

Respuesta. En la práctica clínica actual el consentimiento es un elemento esencial antes de implementar cualquier trata-

miento al paciente. Mediante este proceso el paciente recibe la información necesaria para entender la propuesta, así como los efectos adversos y las alternativas disponibles, y acepta (o no) el tratamiento, participando así en el proceso de toma de decisiones y ejerciendo de este modo el derecho a la autodeterminación. Según la naturaleza del procedimiento, muchas veces se materializa en la firma de un documento.

Para poder participar en el proceso de toma de decisiones, el paciente debe ser competente, lo que se entiende en bioética como la posesión de algunas capacidades tales como la capacidad de comprender la información recibida, procesarla de manera lógica, apreciar las consecuencias y comunicar su decisión. Existen tres modos de sustituir el consentimiento:

- **Voluntad supuesta:** si el paciente no está en condiciones de ejercer el derecho a la autodeterminación, se recurre a quienes conocen de mejor manera al paciente, en la práctica a los familiares más cercanos. Este conocimiento les permitiría suponer lo que el paciente decidiría si pudiera expresar su voluntad. Desde el punto de vista legal se prefiere esta alternativa, reconociéndose prioridades en la sustitución del consentimiento. Sin embargo, desde el punto de vista ético pueden existir reparos en caso de conflictos de interés, es decir, la persona que toma la decisión podría estar influenciada por sus propios intereses y no estar velando por los del representado.
- **Voluntades anticipadas:** en casos en que el paciente no puede manifestar su voluntad en el momento del proceso de toma de decisión, pero existe evidencia de sus intenciones en el caso de estar en una situación como la que supone la enfermedad, se puede usar esta información para justificar el tratamiento médico. En Chile, las voluntades anticipadas aún no tienen el respaldo legal que tiene en otros países y, desde el punto de vista ético, se ha cuestionado la validez de una supuesta voluntad que no tiene toda la información que normalmente se proporciona durante el proceso de consentimiento, además de no reconocer el derecho a cambiar de opinión.
- **Criterio del mejor interés:** si no se cuenta con información sobre la supuesta voluntad del paciente, entonces se recurre a este criterio que opta por lo que una persona promedio probablemente escogería en caso de estar en la posición el paciente. Muchas veces son los médicos los que hacen este ejercicio, pero también puede ser realizado por los comités de ética asistenciales o la autoridad judicial competente.

Los pacientes pediátricos pueden no tener todas las capacidades que requiere la participación en el proceso de toma de decisiones completamente desarrolladas. Desde el punto de vista ético la competencia puede ser gradual (ser competente para tomar una decisión simple, pero no una más compleja), pero desde el punto de vista legal se asume que los menores de edad son incompetentes. Es por esto que es necesario recurrir a la sustitución del consentimiento, en general por parte de los padres o cuidadores del paciente. Si bien es cierto que se corre el riesgo que los padres o cuidadores opten por la alternativa que satisfaga sus intereses y no necesariamente los del niño, lo cierto es que el bienestar de los padres y cuidadores forma parte del mejor interés del niño.

Dr. Patricio Vega. *¿En este caso, qué es más valioso y qué debe prevalecer al momento de tomar las decisiones? ¿La voluntad de los padres o el buen uso de un bien escaso donado con altruismo y generosidad por la familia del donante? Hay por supuesto un sentido de la urgencia para proceder con la intervención tomando en cuenta que asignar el órgano a otro receptor es casi imposible, por el tiempo transcurrido desde el ex plante. Es decir de no contar con el consentimiento, el órgano ciertamente se perderá.*

Respuesta. Es claramente un escenario complejo, dado que tratándose de una donación altruista de un órgano y es deber de los médicos agotar los esfuerzos para que esa donación logre salvar una vida o mejorar significativamente la calidad de vida de una persona, se debe considerar el principio de justicia y uso eficiente de los recursos en salud; también, el principio de beneficencia que permitirá a la paciente mejorar su calidad de vida con el trasplante. Por otra parte, el principio de autonomía es fundamental en nuestra sociedad y nos permite elegir de acuerdo a nuestros valores como queremos dirigir nuestra vida.

Respetando el principio de autonomía parece adecuada la discusión que se realizó antes de enlistar a la paciente a la posibilidad de un trasplante y en la que los padres (e intuyo la paciente asintió) asumían una eventual transfusión. Sin embargo, como el consentimiento informado es un proceso dinámico puede cambiar por alguna circunstancia personal, clínica y requiere ser revisado. Hay que considerar además que, si bien un trasplante renal pudiese no requerir transfusión sanguínea, eso es muy dependiente de la habilidad y experiencia del equipo médico y las condiciones de la paciente. Además, se debe considerar la premura en la toma de decisiones que requiere este caso en que el riñón donado lleva varias horas de isquemia lo que puede perjudicar el resultado clínico del trasplante.

Si bien por tratarse de un paciente menor de edad, pudiese por vía legal presentarse un recurso de protección a favor de la paciente para realizar la cirugía, me inclino por una reunión con algún representante del comité de ética, la familia y el equipo médico en un ambiente de confianza y respeto en que se analicen los temas planteados, la posibilidad real de realizar en este caso particular la cirugía con bajo riesgo de transfusión y considerando la opinión del paciente para tomar una decisión final.

Situación 4

Anestesia en condiciones de escasez de recursos y el conflicto con la oportunidad y la calidad.

Dentro de los factores de riesgo conocido para la ocurrencia de eventos críticos en anestesia pediátrica se encuentra la edad del paciente -pacientes menores de un año presentan mayor riesgo de eventos indeseables perioperatorios- y la experiencia del operador, también influye el ambiente organizacional, el apoyo de personal capacitado y la existencia de recursos apropiados.

Nuestro país presenta una geografía que dificulta el manejo quirúrgico centralizado de los niños en centros pediátricos lo que hace que muchos anestesiólogos deban resolver casos pediátricos en hospitales de regiones. Si bien se hacen esfuerzos para dotar de competencias a anestesiólogos generales (la Sociedad de Anestesiología de Chile ha comenzado un programa de capacitación para anestesiólogos generales en hospitales

pediátricos) y todos los programas de formación contempla rotaciones prolongadas en anestesia pediátrica hay circunstancias en que un anestesiólogo general debe enfrentar la resolución de problemas quirúrgicos en niños pequeños.

Dr. Patricio Vega. *¿Qué conceptos la Bioética pueden guiar el más correcto proceder en estos casos?*

Respuesta. Desde el punto de vista de la deontología médica, la rama de la ética que se ocupa de los deberes y obligaciones morales, en el contexto de la profesión es mandatorio y moralmente adecuado que el médico se mantenga actualizado en sus conocimientos y realice procedimientos acordes a su formación, a su vez debe derivar y orientar al paciente en caso que las necesidades de este vayan más allá de sus conocimientos y habilidades.

En situaciones de emergencia médica, el médico está llamado a actuar (siendo su deber ético) y en situaciones que se puedan posponer lo recomendado sería derivar.

Hay que considerar, que el anestesiólogo se encuentra dentro de un equipo médico y lo prudente sería que ese equipo medio defina que pacientes, cirugías están capacitados para realizar en ese centro. Los principios bioéticos involucrados beneficencia y no maleficencia: poniendo al paciente pediátrico en el centro buscando su bienestar y evitar causar daño; actuar con responsabilidad y prudencia si no cuento con la formación adecuada, asegurando que mi equipo propone intervenciones que es capaz de realizar y enfrentar las eventuales complicaciones, reconociendo mis límites de conocimiento y competencias; pensando en la Justicia debemos fomentar la formación y apoyo a los centros que requieran realizar cirugía pediátrica (ej: operativos médicos) garantizando el acceso a atenciones en salud en regiones; una buena valoración del riesgo beneficio que la cirugía en este contexto brindará al paciente.

Dr. Rodrigo López. *Desde su experiencia en países desfavorecidos, ¿cuál es su visión para Chile?*

Respuesta. El tema de los cuidados anestésicos en contextos de bajos recursos es complejo de analizar y muchas veces nos recuerda situaciones en que no pudimos implementar las medidas necesarias, ya sea por falta de algún insumo o de conocimientos específicos. La frustración que esto genera se ve agravada por los malos resultados que muchas veces se tienen en estas circunstancias.

En alguna misión médica en un país desfavorecido es importante recordar que los médicos no tenemos "obligación de resultados", sino de "procesos", es decir, nuestro trabajo no es que el paciente salga vivo de pabellón, sino hacer todo lo posible porque así sea. Esto último en atención a los recursos disponibles y no pensando en las condiciones que podríamos tener en un contexto ideal.

La situación en Chile puede no ser la ideal, pero es significativamente mejor que en otros países, incluso de América Latina, y eso es algo que debemos tener presente. Eso no implica que podamos quedarnos en la autocomplacencia y dejar los esfuerzos por mejorar las competencias de los anestesiólogos de regiones aisladas.

Situación 5

Anestesia en situaciones de incertidumbre (o cuando lo ha-

bitual se vuelve peligroso). Niños con daño neurológico luego de su primera anestesia.

Recientemente en Chile, salió a la luz pública una dolorosa situación: En el período comprendido entre 2021 hasta inicios del año 2025, 6 niños sanos, programados para procedimientos habituales, que fueron sometidos a una primera anestesia general con halogenados, y sin que se detectara una desviación de la lex artis durante el procedimiento anestésico, presentaron daño neurológico severo posoperatorio. Dicho daño se manifestó inicialmente con retardo en el despertar. Posteriormente, en todos ellos las imágenes determinaron lesión de los núcleos basales del cerebro. La Sociedad de Anestesiología de Chile, en conocimiento de estos casos alertó al Ministerio de Salud y a la comunidad anestesiológica nacional y latinoamericana. En un esfuerzo por determinar los factores que podrían asociarse a este desgraciado resultado, y tomando en cuenta que las técnicas anestésicas utilizadas han sido seguras y exitosas en varas decenas de millones de pacientes, se pudo determinar que en todos los pacientes los progenitores pertenecían a una nacionalidad específica, es decir que provenían de un determinado origen geográfico. Hasta la fecha ningún caso similar se ha presentado en pacientes cuyos padres sean de una nacionalidad distinta a la que comparten los 6 pacientes que han sido notificados al Ministerio de Salud de Chile. En esa búsqueda de factores además se pudo determinar que todos los pacientes en los que, hasta ahora se han realizado estudios genéticos de exomas (incluyendo el del ADN mitocondrial), presentan una variante mitocondrial de importancia incierta, pero que es similar a la que se encontró en estudio en curso que realiza un grupo de investigadores españoles, en casos similares que involucran a pacientes del mismo origen geográfico.

A raíz de estos casos y de la declaración de alerta de la Sociedad de Anestesiología de Chile, numerosas organizaciones y especialistas, de Chile y Latinoamérica, incluidos especialistas en bioética han llamado a evitar el riesgo de xenofobia en el uso de la información difundida.

¿Cuál es la opinión de ambos sobre utilizar como factor de riesgo el origen geográfico de los pacientes en este caso?, ¿es inapropiado?, ¿puede considerarse discriminatorio usar el origen étnico o geográfico como posible factor de riesgo cuando en determinados grupos humanos esta reportado que hay mayor prevalencia de, por ejemplo, hipertermia maligna?[6].

Dr. Patricio Vega.

Respuesta: Estamos frente a un escenario de incertidumbre en que con pocos casos no existe aún la evidencia concluyente para orientar el manejo clínico. Sin embargo, como médicos debemos trabajar con incertezas dado que recibiremos pacientes que requieren nuestro cuidado, atención y orientación médica.

Valoro la veracidad de la información entregada por la Sociedad de Anestesiología de Chile que optó por la transparencia de la información con la que cuenta. Es nuestro deber como médicos comunicar y educar a nuestros pacientes y a la sociedad.

En estos casos debemos ser cuidadosos en la forma en que entregamos la información, evitar asociaciones de causa efecto sin base científica demostrada y estar dispuestos al debate de ideas y aclarar dudas de los padres y la comunidad. Malas

interpretaciones de la información lamentablemente pudiesen estigmatizar a un determinado grupo de la población y llevarlos a recibir un trato diferente e incluso discriminatorio.

Se debe promover la investigación en la búsqueda de intervenciones personalizadas, seguras y equitativas.

Rodrigo López.

Respuesta. La preocupación por la discriminación es muy pertinente y, dado lo ocurrido con otros grupos sociales, se ha convertido en una obligación moral y hasta legal. Habiendo dicho esto, es importante distinguir las discriminaciones arbitrarias de las justificadas, además de reconocer la razón para hacer la discriminación. Ya ha habido otras experiencias en las que, con el objetivo de proteger a algún grupo particular, esta medida terminó por generar más daño a esa población. Entonces, no reconocer factores de riesgo objetivos que podrían implicar daño para evitar la posibilidad de xenofobia, sería una medida que podría dañar a muchos niños que sufrirían este daño. El evitar reconocer una diferencia no elimina la xenofobia y solucionar ese problema implica un enfrentamiento distinto.

Ahora bien, también es cierto que la xenofobia existe como fenómeno social, especialmente en un país no acostumbrado a la diversidad, y esta tendencia aumenta en períodos de inestabilidad social. Es por esto que las comunicaciones que se emitan al respecto deben ser cuidadosas para evitar el estigma que podría asociarse al riesgo, pero sin por eso negar los factores objetivos.

Conclusiones

Este ha sido un esfuerzo, esperamos que no el último, por acercar al anestesiólogo clínico con los especialistas en bioética y con su visión de los dilemas que se presentan en el ejercicio de la actividad.

No hay una respuesta única a todas las posibles circunstancias, sin embargo, el tener claro cuáles son las ideas fuerza del actuar ético en el ejercicio de la profesión sin duda promueven la mejoría la relación del médico con sus pacientes pediátricos, sus familiares o sus cuidadores. El conocimiento y de los principios de la bioética también colaboran a aumentar la confianza con la que el anestesiólogo puede enfrentar situaciones conflictivas, que de otra manera podrían abrumarlo y provocar una angustia innecesaria. También del intercambio de opiniones en este artículo parece claro que es necesario que la enseñanza de la bioética forme parte de los currículos de postgrado en anestesia, tal como lo afirma para la formación en pediatría el Dr. JP Beca[2]. Es relevante que nuestros colegas más jóvenes, que sin duda se encontraran cada vez con más frecuencia enfrentados a situaciones eventualmente conflictivas en el manejo de pacientes pediátricos, cuenten con las bases teóricas de la disciplina para poder cimentar con seguridad y competencia su práctica clínica en los aspectos bioéticos.

Esperamos asimismo haber contribuido a esclarecer el rol y sentar las bases para una comunicación más fluida con los comités de ética clínica de cada establecimiento, asimismo como propender a una valoración apropiada y pertinente del rol que estos especialistas tiene en orientar a los clínicos sobre el actuar ético en situaciones difíciles.

Referencias

1. Sbaraglia F, Cuomo C, Della Sala F, Festa R, Garra R, Maiellare F, et al. State of the Art in Pediatric Anesthesia: A Narrative Review about the Use of Preoperative Time. *J Pers Med*. 2024 Feb;14(2):182. <https://doi.org/10.3390/jpm14020182> PMID:38392615
2. Beca J, Astete C. Enseñanza de la Bioética en Pediatría: Experiencias docentes. En *Bioética y Pediatría: Proyectos de vida plena*, Manuel De los Reyes López y Marta Sánchez Jacob. Eds Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha 2010. Pags 107-113.
3. American Academy of Pediatrics. Privacy protection and health information technology in pediatric practices. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20161453. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1453>.
4. Santelli JS, Rosenfeld WD, DuRant RH, Dubler N, Morreale M, English A, et al. Guidelines for adolescent health research: a position paper of the society for adolescent medicine. *J Adolesc Health*. 1995 Nov;17(5):270–6. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00181-Q](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00181-Q) PMID:8924431
5. Resnick MD, Litman TJ, Blum RW. Physicians' attitudes toward confidentiality of treatment for adolescents: findings from a national survey. *J Adolesc Health*. 1992;13(7):616–22. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(92\)90377-N](https://doi.org/10.1016/1054-139X(92)90377-N) PMID:1420217
6. Stamm DS, Aylsworth AS, Stajich JM als. *Am J Med Genet A*. 2008 Jul;146A(14):1832–41. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32370> PMID:18553514